

TESINA

Urzua, 2009

MODELO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA CON ENFOQUE EN TERAPIA GESTALT



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**MODELO DE ATENCIÓN TELEFÓNICA CON ENFOQUE EN
TERAPIA GESTALT**

TESINA

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA

SAMANTHA URZUA Y MADRID

DIRECTORA DE TESINA

MTRA. MARÍA DEL SOCORRO ESCANDÓN GALLEGOS

MÉXICO D.F

2009

Samantha Urzua y Madrid



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RESUMEN

Los trastornos mentales han ido en aumento en los últimos años. Los aparatos de salud en todo el mundo son insuficientes para atender la demanda de atención eficiente a toda la población. Los costos son altísimos y podremos entender que es necesario aprovechar los beneficios que puede otorgar una atención a distancia como el uso del medio telefónico para acercar un apoyo profesional.

La propuesta de la presente tesina es que la Terapia Gestalt pueda ser utilizada para proporcionar una intervención psicológica vía telefónica. Para ello se ha elaborado un Manual que puede ser utilizado como una herramienta para el desarrollo de las habilidades y competencias del psicólogo interesado en la salud a distancia.

INDICE

RESUMEN	2
INTRODUCCIÓN	5
CAPÍTULO I	
1.1.1 Antecedentes de Salud Mental en México y en el mundo	7
1.2.1 Antecedentes del sistema “hot line” o de emergencia por teléfono	10
1.3.1 Algunas investigaciones sobre el papel de la línea telefónica y el apoyo emocional.	13
1.3.2 Salud Mental como ventaja competitiva	14
CAPÍTULO II	
2.1.1 Antecedentes e influencias teóricas de la Terapia Gestalt	22
2.1.2 Qué es Terapia Gestalt y sus fundamentos teóricos	31
2.1.3 Función del terapeuta gestáltico	35
2.2.1 Personalidad en Terapia Gestalt	37
2.1.2.1 Necesidades y modalidades de experienciar	39
2.2.2 Salud y enfermedad	42
2.2.4 Neurosis	45
CAPÍTULO III	
3.1.1 Estrategias de Intervención	47
3.2.1 El Ciclo de la Experiencia	50
3.2.2 Fases, Autointerrupciones y Capas de Neurosis	52
3.2.3 Diagnóstico	55

CAPÍTULO IV

4.1.1 Propuesta de Intervención Terapéutica vía Telefónica	62
• Consideraciones Importantes	63
• Terapia Breve	64
• Crisis	64
4.1.2 Procedimiento	66
• FASE I: Apertura	67
• FASE II: Figura	69
• FASE III: Experimento	71
• FASE IV: Cierre	73
• Registro y Formatos	78
CONCLUSIONES	81
APÉNDICE I	83
APÉNDICE II	84
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	85
GLOSARIO	89

INTRODUCCIÓN

A lo largo de la historia de la Psicología, numerosos personajes han colaborado con sus investigaciones y visión personal (algunas veces convertida en teoría), para el aumento de nuestro conocimiento y mejora de nuestra calidad de vida.

Friederick Salomón Perls, (1893-1970), y colaboradores como Paul Goodman y Laura Perls, han dejado un legado de conocimiento llamado Terapia Gestalt, una terapia holística, humanista e integrativa. Está basada en el holismo, la fenomenología, el existencialismo y antiguas filosofías orientales como el Budismo Zen (Sinay y Blasberg, 2002). En ella se destaca la importancia relevante del darse cuenta y del momento presente, además de la relación horizontal entre terapeuta (facilitador gestáltico) y paciente. Así mismo, comparte la perspectiva de la Teoría de Campo y de la Paradoja del Cambio (Beisser, 1970, citado en Yontef, 2003); mismas que revisaremos más adelante.

Por otra parte, es importante mencionar que la infraestructura y recursos en México y en el mundo no son suficientes para la demanda (cada vez más creciente), de atención profesional a la salud mental. La atención psicológica vía telefónica, ha demostrado ser de gran apoyo en nuestro país y en otras partes del globo como veremos más adelante. Está considerada como una opción viable por la comunidad europea para hacer frente a la situación (Puente y cols., 2007).

El objetivo del presente trabajo es plantear una propuesta de Modelo de Atención Telefónica con enfoque en Terapia Gestalt para desarrollar competencias en el psicólogo como facilitador gestáltico y así poder colaborar con la población necesitada de ayuda profesional y con el psicólogo que se enfrenta a una situación a distancia.

Existen valiosos trabajos acerca del apoyo psicológico por teléfono como Bustos y Acosta, 1989; o Puente y cols., 2007; sin embargo la Terapia Gestalt no estaba propuesta como base teórica-metodológica para la intervención como es el caso.

Se explicarán los antecedentes tanto de la Terapia Gestalt como de la atención por teléfono y el cómo poder brindarla mediante un Manual de Procedimiento. Para lograrlo, primeramente conoceremos el panorama de la salud mental general en el mundo y particularmente en México; invitándonos a la concientización de la problemática. Esto nos proporcionará una idea de una necesidad que se traduce en ventaja competitiva cuando se atiende temprana y profesionalmente.

De acuerdo a lo expuesto la información se integrará de la siguiente manera:

En el primer capítulo se abordará lo relacionado a la situación actual de salud mental en nuestro país y en el mundo. Así mismo se revisará información valiosa sobre salud a distancia: antecedentes, el papel de las líneas telefónicas “hot-line” o de emergencia y algunas consideraciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT).

En el capítulo dos: qué es Terapia Gestalt (TG), antecedentes y fundamentos teóricos. Se expondrá el concepto de personalidad, salud y enfermedad, ya que como lo afirma Latner, (1994), para que resulte útil una teoría sobre la conducta humana deben hacerse las preguntas qué es enfermedad y salud mental y cómo se cura. Serán parte de dicho capítulo la neurosis, el funcionamiento libre y los bloqueos (autointerrupciones).

En el capítulo tres se describirán las estrategias de intervención y diagnóstico tomando en cuenta el Ciclo de la Experiencia y técnicas de la terapia gestalt.

El cuarto capítulo se dedicará a la propuesta de las competencias que debe desarrollar el psicólogo como facilitador gestáltico en un Modelo de Atención Telefónica, considerando los alcances y limitaciones que pueden sucederse en este ámbito mediante el manual del mismo.

Los beneficios de la terapia gestalt no quedan limitados al formato cara a cara y la revisión del manual podría resultar en una herramienta más para el psicólogo que se enfrenta a proporcionar atención por un medio de comunicación telefónico.

CAPITULO I

1.1.1 Antecedentes de Salud Mental en México y en el mundo

Es de suma importancia tener en cuenta el contexto de salud mental al proporcionar una visión más clara de la necesidad de atender y entender efectiva y responsablemente una problemática que como veremos es ya añeja y que si se atiende tempranamente puede derivar en amplios beneficios personales, sociales, económicos, etc. y que puede también traducirse en una ventaja competitiva lo cual resulta trascendental en un mundo globalizado.

Los conceptos de las causas de los trastornos físicos y mentales estaban influidos desde la época antigua por creencias en fenómenos sobrenaturales, la influencia de espíritus, embrujos o posesiones. Thomas Sydenham, (1624-1689), es considerado como el iniciador de la aproximación clínica en la medicina moderna; fue el primero que trajo la atención hacia los síntomas neuróticos (los que nos ocupan en esta tesina) y no sólo psicóticos. Desde el siglo XVIII era contradictorio el trato a los enfermos mentales (con burlas y menosprecio) y el interés de los hombres cultos en una discusión filosófica de la mente humana (Kolb, 1976). Al día de hoy, en una sociedad cada vez más preocupada por la salud, no deja de ser un estigma el padecer algún trastorno de éste tipo, además de seguir encontrando actitudes similares en el trato al enfermo mental; el cual ya goza de espacios clínicos para su tratamiento, sin embargo insuficientes ya que los números en las estadísticas siguen subiendo como veremos a continuación.

Actualmente millones de personas son afectadas por algún tipo de desorden mental, conductual, neurológico o de uso/abuso de sustancias (publicado en http://www.who.int/mental_health/en/). Un estimado hecho por la Organización Mundial de la Salud (OMS), muestra que en 2002 existían 154 millones de personas en el mundo sufriendo por depresión, la cual se estimaba sería en 2020 la segunda principal causa de incapacidad laboral. En la actualidad se ha reducido el periodo de tiempo diez años menos como resultado de las exigencias de nuevas formas de comunicación y de estilos de vida, entre otros. Así mismo la OMS, (2002), calcula que cada año mueren en el mundo cerca de 877,000 personas por suicidio y que un desorden mental afecta las condiciones

de enfermos crónicos tales como cáncer, diabetes, enfermedades del corazón y cardiovasculares, diabetes y VIH. Así mismo, informa que en cualquier momento, 450 millones de personas presentan alguna forma de trastorno mental. En orden de prevalencia, 121 millones de personas padecen depresión, 70 millones problemas relacionados con el consumo de alcohol y 24 millones esquizofrenia.

En México es complejo enumerar los principales problemas que nos aquejan, pero si tomamos en cuenta que la esperanza de vida ha subido de 34 a 75 años entre 1930 y el año 2000, (Instituto Nacional de Estadística y Geografía: INEGI, 2000), hemos pasado de un patrón de mortalidad dominado por enfermedades infecto-contagiosas a otro con predominio de enfermedades crónico-degenerativas. Una enfermedad crónica es la depresión, principal trastorno de salud mental en el mundo. Aproximadamente, 7.5 millones de mexicanos la padecen; de hecho de cada 10 pacientes que llegan al consultorio, uno la padece, esto según datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (2003). Este estudio forma parte de la iniciativa 2000, de la Organización Mundial de la Salud en Salud Mental; describe la prevalencia de trastornos psiquiátricos, la comorbilidad, las variaciones en la distribución geográfica de los trastornos, los correlatos sociodemográficos y la utilización de servicios en la población urbana adulta.

En el citado estudio, el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 trastornos de la CIE-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Por tipo de trastorno los más frecuentes fueron los de ansiedad (14.3% alguna vez en la vida), seguidos por los trastornos de abuso de sustancias (9.2%) y los trastornos afectivos (9.1%). Los hombres presentaban prevalencias más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%, alguna vez en la vida respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentaban prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%).

Según estadísticas del INEGI, (2005), del 20% de mexicanos con padecimientos de salud mental, sólo 2 de cada 10 reciben tratamiento adecuado; las enfermedades mentales representan la quinta causa de muerte prematura en el país, estrechamente vinculadas con los suicidios, los cuales en los últimos años, de 1980 a 2005 aumentaron 428%, frente a un crecimiento poblacional del 53%. Del año 2000 a 2005 el aumento fue del 30%. En registros oficiales en México (de más de mil 250 Agencias del Ministerio Público), ocurren aproximadamente 3,500 suicidios cada año y la cifra tiende a incrementarse, con un crecimiento medio anual de 10.3%. La cifra puede ser 10 veces mayor por la llamada “cifra negra” que representa los casos que no llegan al conocimiento de la autoridad; esto por el estigma social que representa para ésta cultura el suicidio (la familia trata de evitar que ésta sea la causa de muerte reportada en las actas de defunción). Alrededor de 15 millones de mexicanos tienen alguna enfermedad mental y 28% de la población ha padecido en algún momento de su vida, un trastorno de éste tipo.

Como podemos constatar, se trata de un problema de salud grave que se atiende con apenas 0.85% del presupuesto del Sector Salud (Presupuesto de Egresos de la Federación: PEF, 2006). Los servicios de salud mental deben apreciarse y considerarse como de igual importancia que los de salud física, y merecen por tanto asignación de recursos equivalentes. Se necesitan más y mejores programas de prevención primaria para trastornos emocionales, neurológicos, conductuales y psicosociales (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleiman, 1995). Sin embargo, Lezama, (2007), menciona que organismos internacionales no gubernamentales como Mental Disability Rights, con sede en Washington, en un informe del 2002, titulado “Derechos Humanos y Salud Mental en México”, reconoce logros significativos en la legislación y en el tratamiento de las enfermedades mentales.

Por su parte, la Comunidad Europea, a través de sus ministros de salud y la OMS (2007), acordaron y declararon su compromiso para implementar y desarrollar programas de Medicina a Distancia, como el único camino realista y efectivo que permita cubrir a la totalidad de la población europea de servicios de salud de aquí al año 2010 (Puente y cols. 2007). México también requiere beneficiarse de programas de Salud a Distancia. Puente, (2007), señala que no

existe país en el mundo que cuente hoy con la infraestructura requerida para proporcionarle a su población servicios de salud física o mental, a través del modelo cara a cara. Todos los países desarrollados hoy se benefician al contar con servicios telefónicos de intervención psicológica con excelentes resultados

La atención vía telefónica facilita al usuario traspasar algunos obstáculos como la distancia, tiempo, geográficos, de desplazamiento, económicos, la flexibilidad para programar una consulta y sobretodo, como lo menciona la Ley de Hansel (Slaikeu, 1996), la importante relación entre el tiempo del evento y el de la intervención.

La prevención y atención temprana parecen ser las opciones para reducir los altos costos sociales y económicos que implica la salud en general y la mental en particular. Es importante resaltar que en la atención telefónica no será una posibilidad el manejo de problemáticas psiquiátricas o a largo plazo dados los alcances de la misma.

1 .2.1 Antecedentes del sistema “hot line” o de emergencia por teléfono

El teléfono es un dispositivo de telecomunicación diseñado para transmitir señales acústicas por medio de señales eléctricas. Durante mucho tiempo Bell, (1876), fue considerado el inventor del teléfono. Sin embargo Bell no fue el inventor de este aparato, sino solamente el primero en patentarlo. Meucci, (1854), que lo llamó electrófono es el inventor ⁽³⁾.

Alrededor del mundo y en nuestro país, éste medio, ha facilitado el contacto inmediato con personas que atraviesan algún tipo de dificultad psicológica, de orientación legal, de urgencias médicas, etc. Respecto a la primera, haremos un breve repaso por sus inicios y su presencia en diferentes países.

En el año 1906 en la ciudad de Nueva York, (E.U.A), un grupo de sacerdotes se comenzó a preocupar por las personas cuyas vidas estaban en peligro y crearon la “New York Citi’s National Save a Life League”; brindando la posibilidad de atender vía telefónica a las personas que se encontraban en

cualquiera de las etapas del proceso suicida (Bustos y Acosta, 1989). Sin embargo, no obtuvo el éxito esperado.

A partir de 1960 aproximadamente, se intensifica en Estados Unidos de América la atención para personas con ideas e intenciones suicidas a través del teléfono, creándose los sistemas “hot-line”, o de emergencia. Principalmente atendidos por voluntarios no profesionales, las 24 horas del día. Posteriormente se establece la intervención psicológica profesional para las crisis emocionales. Para ésta ayuda se desarrollan técnicas propias y es así como los servicios de urgencia se consideran parte integral del sistema comunitario (Slaikeu, 1996).

En Sevilla, España, desde octubre de 1971 se brinda un servicio de ayuda a través del teléfono: “El teléfono de la esperanza”, proporcionado por “agentes de ayuda” que en general son voluntarios. Extendiéndose a algunas ciudades de Latinoamérica como San Pedro Sula en Honduras, Quito en Ecuador; Bogotá y Medellín, Colombia; Cochabamba y La Paz en Bolivia y Buenos Aires, Argentina. En Zurich, Suiza está la opción para hispanoparlantes, con la posibilidad de entrevista cara a cara, psiquiatra y abogado, en forma anónima y gratuita ⁽⁴¹⁾.

En México se contemplan líneas telefónicas de orientación a finales de los años setentas. Se buscó atender adolescentes y familiares con problemas de drogas- Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia y Centros de Integración Juvenil (CIJ). Hubo intentos fallidos de crear un servicio para suicidas en la llamada Cruz Verde. Durante los sismos de 1985 en la ciudad de México, la Universidad Nacional Autónoma de México, creó programas diversos para el apoyo de víctimas y sus familiares, además de la población general afectada por el desastre. Uno de los programas pilares fue SAPTEL (Sistema Nacional de Apoyo Psicológico, Consejo e Intervención en Crisis por Teléfono), donde participaron profesores y estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM. Alrededor de ésta época se implementan programas como LOCATEL, TELSIDA, PLANIFICATEL, De joven a joven, Atención a víctimas de violencia, entre otros (Puente y cols. 2006). Actualmente continúa apoyando con mucho éxito a la población más vulnerable de todo el país.

En China (2008), se ha iniciado un programa piloto que pondrá en marcha líneas telefónicas directas de ayuda psicológica en las principales ciudades del país, para ayudar al creciente número de personas que sufren estrés ante los rápidos cambios económicos y sociales de la actualidad. Las provincias más afectadas por el terremoto del 12 de mayo del 2008, como Sichuan, Gansu y Shaanxi, también deberán ofrecer este servicio a los sobrevivientes del desastre⁽¹⁾

Cabe mencionar que existe una Federación con sede en Ginebra, Suiza, donde se integran servicios de ayuda por teléfono de todo el mundo llamada IFOTES: “International Federation of Telephonic Emergency Services”. Esto para facilitar el intercambio de experiencias de diversos países. Fue creada desde 1967, su misión es promover las experiencias entre sus miembros internacionales, por medio de la organización de congresos, diplomados o entrenamientos y apoya con sus conocimientos la creación de nuevas líneas de apoyo. ⁽²¹⁾

IFOTES cuenta con los siguientes miembros:

- Austria: Telefonseelsorg
- Bélgica: Federatie van Tele-Onthoaldiensten, Telefonhilfe y Federation des Centres de Télé/accueil de Belgique
- Finlandia: Palveleva Puhelin y Finnish Association Mental Health
- Francia: SOS. Amitié France
- Alemania: Katholische Konferenz fur Telefonseelsorge y Evangelische Konferenz
- Israel: ERAN
- Italia: Telefono Amico Italia
- Holanda: SENSOOR
- Portugal: Liga Portuguesa de Higiene Mental
- Singapore: Samaritans of Singapore
- Eslovenia: Association of Slovenian TES
- España: ASITES Teléfono de la Esperanza
- Suiza: TES Sweden

- Suecia: Die Dargebotene Hand y La Main Tendue

SAPTEL en México afirma compartir la experiencia donde psicoterapia a distancia elimina el costo del desplazamiento y la lista de espera. Aporta la flexibilidad para programar una consulta y “facilita enormemente el que los discapacitados físicos o emocionalmente reciban apoyo, consejo, consulta y terapia” (Puente, 2007). La Ley de Hansel nos dice que existe una relación entre el tiempo del evento y el tiempo de la intervención; esto es efectivo en función de su proximidad en que se presenta el incidente o la crisis y por lo tanto en la posibilidad de atenderle inmediatamente. En el momento crítico de la intervención, el interventor ayuda a la persona como “amortiguador” previniendo el deterioro y desarrollo de psicopatologías (Slaikeu, 1996).

La intervención telefónica no es sólo en casos de crisis circunstanciales, también en lo concerniente a las crisis del desarrollo como revisaremos más adelante.

1.3.3 Algunas investigaciones sobre el papel de la línea telefónica y el apoyo emocional.

Como refiere Bermejo, (1999), la psicología clínica, no debe ser ajena a los continuos avances que se están produciendo en el ámbito de la comunicación y las nuevas tecnologías. Algunas investigaciones, señalan los beneficios palpables del papel de la línea telefónica en trastornos como depresión.

Al respecto, Inglaterra y Estados Unidos, a través de su investigación científica demuestran que la psicoterapia puede ser efectiva aun si el paciente y el terapeuta no se encuentran en el mismo lugar. La Harvard Mental Health Setter, (2005), en el Estado de Seattle (EUA), usando el teléfono en forma combinada con terapia cognitivo conductual, no encontró ninguna diferencia entre el éxito y la satisfacción de pacientes depresivos que fueron atendidos ya sea con la modalidad tradicional cara a cara o usando éste sistema.

Así mismo, en Septiembre de 2005, la revista “Archives of General Psychiatry”, ofreció resultados de la investigación realizada en la Universidad de California, los cuales fueron muy positivos después de tratar durante 16 semanas a 127 pacientes con esclerosis múltiple y depresión y coincidieron con investigaciones anteriores que habían defendido el papel de la línea telefónica para ciertos tratamientos (Mohr, 2005).

Preidt, (2007), menciona a Ludman, (2007), investigadora principal asociada del Centro de Salud Grupal para estudios de Salud en Seattle, E.U.A., afirma después de una investigación, que la consejería telefónica puede ofrecer beneficios a largo plazo a las personas que tienen depresión. “Este estudio es el mayor hasta la fecha sobre la psicoterapia administrada por teléfono, con más de 400 pacientes. También es el primero en estudiar la oportunidad de combinar la terapia telefónica con antidepresivos como se ofrece en la práctica médica cotidiana”.

Desgraciadamente no son muchas las investigaciones al respecto y menos en un país como México donde la investigación no es una prioridad. Sin embargo, lo anterior puede dar datos importantes donde “terapia” o apoyo a distancia pueden ofrecer beneficios sustanciales.

1.3.2 Salud Mental como ventaja competitiva

En la actualidad, son cada vez más las empresas preocupadas por la salud de sus empleados. Como veremos a continuación, se ha comprobado que la inversión en la salud mental se capitaliza y regresa en mayor productividad y disminución de costos por errores, incapacidades, accidentes laborales, demandas, ausentismo, presentismo, estrés, etc.

* Presentismo: estar físicamente presentes en el lugar de trabajo pero con la atención y concentración dispersa por motivos emocionales (Loffler, 2007).

Los trastornos mentales según la OMS, (2007), representan el sexto lugar de las 20 causas principales de incapacidad en la población de 15 a 44 años, que es el grupo más productivo. La atención oportuna a la salud mental, representa una ventaja competitiva y económica ya que los costos son altísimos. El “presentismo”*, por ejemplo, cuesta a las empresas dos a tres veces más el gasto para los seguros médicos, tratamientos y demandas por cuestiones legales. Según un estudio, Steward, (2005), citado en Loffler, (2007); de 250 billones de dólares, 180 billones corresponden al presentismo.

Las pérdidas por poca concentración sobrepasan los costos por ausentismo. Un estudio realizado en Estados Unidos por The Employers Health Coalition of Tampa, (1999), demuestra que el presentismo es causa de la pérdida de productividad, que resulta ser 7.5 veces más grande que la perdida por ausentismo (Loffler, 2007).

Así mismo, podemos mencionar el estrés laboral; uno de los principales problemas de salud en el mundo. Datos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2007), revelan que en E.U.A, el 80% de las personas desearían cambiar de trabajo a causa del estrés que provoca la actividad laboral.

Una de las reacciones corporales al estrés es la secreción de cortisol, conocido como la hormona del estrés. Los niveles altos de éste, impiden que la persona tenga un sueño adecuado, es decir, que descanse cuando duerme. El INER, (Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias), documentó que la somnolencia es una de las principales causas de muerte en accidentes automovilísticos durante la noche en la Ciudad de México. Uno de cada dos percances es provocado por un conductor desvelado y 87% resulta fatal (Loffler, 2007).

Para las empresas el impacto económico es alto por el ausentismo que genera, la rotación de personal, los errores en decisiones de trabajo, accidentes y hasta el pago de demandas que enfrentan las compañías. En México no se tienen cifras precisas sobre el impacto económico, pero se pueden tomar como referencia los datos de Europa y Estados Unidos. En Europa el costo del estrés laboral reflejado en el ausentismo en las empresas alcanza el 3 por ciento del PIB, (producto interno bruto), de la religión; en Estados Unidos, las demandas

por concepto de estrés se pagaron al doble que las demandas normales en el año 2004 y representan un 15 por ciento de las demandas que se generan. Las demandas por esta razón se han incrementado en Estados Unidos 700 por ciento en los últimos nueve años (Pérez, 2005, citado en Loffler 2007).

La Organización Mundial de la Salud, (OMS, 2005), a través de un estudio denominado “La organización del trabajo y el estrés”, señala que esta situación puede incrementar los problemas legales para una empresa, ya que en algunos casos los trabajadores emprenden acciones contra la organización por culparlos directamente de los males ocasionados por ese fenómeno.

García De León, (2005), destaca en un artículo que en México 15% de los empleados sufre de cansancio extremo, un síndrome que se hace más frecuente después de los 30 años. El sentirse “quemado”, agotado, exhausto son los síntomas más visibles del síndrome *Burn out* (síndrome del Quemado) también conocido como síndrome de desgaste profesional. Maslach, (1976), lo acuñó al detectar un patrón de comportamiento en cierto tipo de trabajadores, principalmente aquellos cuya profesión tiene que ver con una vocación de servicio y contacto permanente con personas, como los que trabajan en tareas vinculadas a la educación, a la salud o a la seguridad pública. Sea cual fuere la profesión, el común denominador de quienes padecen este síndrome son las elevadas exigencias externas en sus ámbitos de trabajo. En otras palabras, es la consecuencia de un estrés crónico.

En México, este síndrome suele darse con más frecuencia en puestos gerenciales o directivos, entre personas de 35 a 47 años. Lo que tienen en común es que provienen de organizaciones con altas exigencias laborales. Pero ¿qué hace que en la misma empresa, unos empleados desarrollen el síndrome y otros no? Para Poelmans, (2005), citado en García De León, (2005), el desgaste suele darse más fácilmente en personas que son de naturaleza pesimista. También son más susceptibles, aquellas personas que no saben poner límites entre su vida personal y laboral, o bien, las que depositan en su profesión su valía como personas o el sentido total de su vida. En México, el diagnóstico de este síndrome en las empresas es aún incipiente, e incluso muchas ignoran los síntomas aunque se traduzcan en ausentismo laboral. La investigación científica en México la tiene el Dr. Uribe de la UNAM.

La consultoría de Recursos Humanos AON, (2005), realizó una serie de estudios en grandes empresas de distintos giros (automotriz, tecnología y construcción) para ver los primeros signos de este problema en México. Los resultados fueron reveladores: 15% del personal padece síndrome de *Burn out*. Las empresas estudiadas detectaron quejas en sus empleados, en su mayoría por pesadas cargas de trabajo (García, 2005).

¿Qué se hace al respecto? La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2003), declaró el 23 de abril como día mundial de la seguridad y salud en el trabajo para destacar la necesidad de prevención de enfermedades y accidentes laborales. La OIT estima que cerca de 6.000 trabajadores mueren cada día en el mundo como resultado de accidentes o enfermedades relacionados con el trabajo. El convenio No. 187 promueve el desarrollo de una “cultura preventiva de seguridad y salud”, dando prioridad a la seguridad y salud en el trabajo en las agendas nacionales a través de programas de alcance nacional, así como la promoción de ambientes de trabajo más seguros y sanos con la puesta en práctica de medidas preventivas, tomando en cuenta la importancia de la salud mental. La ratificación global del Convenio No. 187(OIT, 2003), podría ser un paso concreto en la creación de lugares de trabajo más seguros y sanos para todos los trabajadores. En julio del 2006, Japón ratifica dicho convenio, introduciendo diversas medidas, incluyendo medidas contra el exceso de trabajo y problemas de salud mental; contribuyendo a mejorar de manera continua la seguridad y salud en el trabajo a nivel nacional. Dicho plan habría terminado en marzo del 2008.

En México la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, (2006), elaboró la propuesta de la Norma 30 (NOM-030-SSPT), la cual trata respecto a la seguridad y salud con fundamento en los acuerdos de la OIT, destacando la labor preventiva y de importancia de la salud mental del trabajador.

La OMS y la OIT (2002), han elaborado una monografía conjunta sobre Salud Mental en el Trabajo: impacto, problema y buenas prácticas dirigida a gerentes de recursos humanos, profesionales de la salud mental, trabajadores de la rehabilitación y responsables de la formulación de políticas en materia de salud mental. La monografía analiza el impacto de los problemas de salud mental en

el puesto de trabajo, facilita ejemplos de buena práctica para promover la salud mental, examina la importancia del trabajo para las personas con problemas de salud mental, discute diferentes programas y estrategias de rehabilitación profesional y proporciona ejemplos de programas de empresas.

En un informe “The Lancet Global Mental Health Series”, de la OIT, (2002), se traduce el impacto de la salud mental a nivel mundial concerniente a los trabajadores de Alemania, los Estados Unidos, Finlandia, Polonia y el Reino Unido. Muestra que la incidencia de los problemas de salud mental está aumentando, hasta el punto de que uno de cada diez trabajadores sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio, que en algunos casos llevan al desempleo y a la hospitalización.

El informe calcula que, en los países de la Unión Europea, entre un 3 y un 4% del PIB se gasta en problemas de salud mental. En Estados Unidos, el gasto nacional asociado con el tratamiento de la depresión se sitúa entre 30.000 y 44.000 millones de dólares al año. En muchos países crece la jubilación prematura debida a problemas mentales, hasta el punto de estar convirtiéndose en el motivo más común para la asignación de pensiones de incapacidad. Phyllips, (2002), especialista en rehabilitación profesional y principal autora del mencionado informe, expresó que los empleados sufren desánimo, cansancio, ansiedad, estrés, pérdida de ingresos e incluso desempleo, con el agravante, en algunos casos, del inevitable estigma que lleva asociado la enfermedad mental. Para los empleadores, los costos se traducen en términos de baja productividad, disminución de los beneficios, altas tasas de rotación de plantilla y mayores costos de selección y formación del personal sustituto. Para los gobiernos, los costos incluyen gastos de atención sanitaria, pagos por seguros y merma de renta a nivel nacional. En este sentido las pérdidas alcanzan a todos los involucrados.

Entre los principales resultados del informe, que alerta acerca de cómo están creciendo los costos de incapacidad mental, se avanza un modelo de los crecientes problemas personales y psiquiátricos que sufren las personas en edad laboral de todos los países estudiados. Por ejemplo:

- En Estados Unidos, la depresión clínica se ha convertido en una de las enfermedades más comunes, que llega a afectar cada año a una décima parte de los adultos en edad de trabajar, con el resultado de una pérdida de aproximadamente 200 millones de días de trabajo anuales;
- En Finlandia, más del 50% de los trabajadores sufren algún tipo de síntomas relacionados con el estrés, tales como ansiedad, sentimientos depresivos, dolor físico, exclusión social y trastornos del sueño; el 7% de los trabajadores finlandeses padecen un cansancio severo, que puede llevar al agotamiento, a actitudes cínicas y a una drástica reducción de la capacidad profesional, y los trastornos de la salud mental son ya la principal causa de pensiones por incapacidad en Finlandia;
- En Alemania, los trastornos depresivos son responsables de casi el 7% de las jubilaciones prematuras y la incapacidad laboral por motivos relacionados con la depresión se prolonga dos veces y media más que la incapacidad provocada por otras enfermedades; el monto total de la producción perdida por el absentismo atribuible a trastornos de la salud mental se estima en más de 5.000 millones de marcos anuales;
- En el Reino Unido, casi 3 de cada 10 empleados sufren anualmente problemas de salud mental y numerosos estudios indican que son comunes el estrés provocado por el trabajo y las enfermedades que causa; la depresión, en particular, es un problema tan extendido que, para cualquier

momento que se considere, uno de cada 20 británicos en edad de trabajar está padeciendo una depresión importante;

- Las estadísticas de sanidad pública en Polonia indican la existencia de un número creciente de personas que están recibiendo asistencia sanitaria mental, especialmente individuos aquejados por trastornos depresivos: una tendencia que puede estar relacionada con la transformación socioeconómica del país y con los consiguientes aumento del paro, inseguridad en el empleo y descenso de los niveles de vida.

La OIT, (2002), hace hincapié en que los citados países fueron elegidos para el estudio no porque presentaran incidencias anormalmente altas de enfermedad mental, sino porque son emblemáticos de distintas maneras de concebir la organización del trabajo y los sistemas de protección, por encarnar distintos tipos de legislaciones, de asistencia sanitaria y de formas de abordar los problemas de la salud mental. La serie de estudios detallados por países contempla temas como la productividad laboral, la pérdida de rentas, los costos de la asistencia sanitaria y de la seguridad social, el acceso a los servicios de salud mental y las políticas de empleo para quienes se encuentran mentalmente enfermos. La OIT emprendió el estudio porque, como subraya Phyllis, (2002), "el lugar de trabajo es un ambiente adecuado para educar a los individuos y concienciarlos de las dificultades a que se enfrenta la salud mental, con el fin de identificar los problemas e impedir que se desarrollen". El informe de la OIT observa que, si bien los orígenes de la inestabilidad mental son complejos y se dan grandes diferencias entre los países estudiados en cuanto a prácticas laborales, ingresos y pautas de empleo, parece haber algunos elementos comunes que vinculan la alta incidencia del estrés, el cansancio y la depresión a los cambios que se están produciendo en el mercado de trabajo, debidos en parte a los efectos de la globalización económica.

El mejor manejo de la salud de los empleados puede aumentar la productividad, lo que representa una ventaja competitiva y económica. Al

respecto, la labor que realizan los EAP (Employee Assistance Program) o Programas de apoyo al empleado (PAE), como se conocen en Latinoamérica, son trascendentales y han demostrado la funcionalidad y eficacia de programas de este tipo. En Inglaterra, desde hace 22 años, (1987), labora ICAS (Independent Counseling Assessment Services), una empresa que proporciona apoyo emocional vía telefónica ó en algunas ocasiones presencial para los empleados de empresas preocupadas por la salud de su capital humano. Este apoyo se ha extendido a 17 países, entre ellos México desde el año 2006. Esto nos habla de la necesidad, de la aprobación y el éxito que tienen los tipos de programas que proporcionan la atención psicológica vía telefónica pues entre sus clientes están 1, 700 empresas en el mundo, apoyando a un millón ochocientos empleados aproximadamente.

Adelantarse a los problemas es una ventaja competitiva. B. Curiel, (comunicación personal, junio 26, 2008), afirmó que de cada peso que la empresa que representa invirtió en el programa, retornan ocho: “los programas de salud se pagan solos, desgraciadamente México es un país acostumbrado a curar, no a prevenir”.

Prevención y atención temprana son sinónimos de competitividad y salud. La Terapia Gestalt puede ser utilizada como un enfoque viable para la atención de la salud a distancia. Para lograrlo necesitamos conocer sus influencias y base metodológica y teórica que sustente la intervención; lo cual es objetivo del siguiente capítulo.

CAPÍTULO II

“El todo es diferente a la suma de sus partes”

Christian Von Ehrenfelds (1859-1932)

2.1.1 Antecedentes e influencias teóricas de la Terapia Gestalt

A continuación revisaremos los antecedentes y las influencias teóricas de la Terapia Gestalt (TG), para iniciar la comprensión de los fundamentos y metodología de la misma.

Friedrich Salomón Perls, (1893-1970) y colaboradores, retoman ciertas partes de la psicología Gestalt, del psicoanálisis, análisis del carácter de Reich, filosofía existencial y Budismo Zen para crear la Terapia Gestalt, la cual nace en la década de los años cuarenta tras la publicación del libro: “Ego, Hambre y Agresión” (1942), enfatizando la unidad o integración mente-cuerpo y el aprendizaje del darse cuenta de si mismo y de su medio.

Forma parte de la tercera fuerza de la psicología y la terapia: el desarrollo del potencial humano o Humanismo. Algunas de las perspectivas novedosas más convincentes que sirven de fundamento a la terapia gestáltica -como a gran parte del movimiento humanístico- son:

- 1) El poder está en el presente
- 2) la experiencia es lo que más importa
- 3) el terapeuta es su propio instrumento
- 4) la terapia es demasiado beneficiosa para limitarla a los enfermos. (E. y M. Polster, 1973, pp.24).

Freud, (s.f), fundador del psicoanálisis, a partir de los trabajos con Breuer sobre histeria, dijo que detrás de cada problema psicológico existe también otro problema sexual. Con Freud aparece la primera fuerza terapéutica que emite un discurso que centra la atención en el pasado, en su historia, en el allá-entonces. Nace en una época de represión sexual. La transferencia, pulsiones, los sueños y las asociaciones libres son parte importante de éste enfoque.

La segunda fuerza es el Conductismo, aparece en la era de la ansiedad de que la máquina sustituya al ser humano y de la necesidad de demostrar que la psicología era una ciencia ya que también seguía el método científico. Centra su estudio en lo observable, medible, cuantificable de la conducta: E-R (estímulo-respuesta). Sigue un modelo vertical maestro-alumno.

Con el Humanismo, el desarrollo del potencial humano, aparece la tercera fuerza. Afirma el aprendizaje por insight, que se puede entender como la comprensión súbita de una situación o problema. Se nutre del holismo (del griego *holos* que significa «todo», «entero», «total»), de la fenomenología, del existencialismo y de antiguas filosofías orientales. Nos invita a encontrarle sentido a nuestra vida, aquí y ahora. Sigue un modelo horizontal yo-tú.

La terapia gestalt se apoya en un modelo teórico que es referencial, integrativo e inclusivo, es decir, toma conceptos de diferentes enfoques, tanto psicológicos como filosóficos y los integra en un todo coherente (Castanedo, 1997).

Gestalt es una palabra de origen indogermánico. Por primera vez en una traducción de la Biblia significaba: lo que está puesto ante los ojos (Sinay y Blasberg, 2002). Ya en el siglo XVII significó: estructura, forma, totalidad. Para la terapia Gestalt significa: figura, necesidad. Según éste enfoque el motor del ser humano es la necesidad, mientras que para Freud eran las pulsiones. Perls, (1948), afirmó que las necesidades eran figuras y que éstas figuras eran gestalten (plural). Necesidad y figura son equivalentes.

La Psicología de la Gestalt, (Alemania 1900), nace como una psicología de la percepción. Rechaza la versión atomística de la realidad y de las personas, de ahí uno de los principios básicos en terapia gestalt que entiende la naturaleza en un todo unificado y coherente, integración más que análisis. Es concebir el todo unificado: mente/cuerpo, organismo/ambiente; una totalidad. En el primer plano de ésta totalidad está la figura y en el segundo, el fondo. La figura es lo que destaca del fondo, el fondo sería el entorno o contexto donde está la figura. El proceso figura-/fondo fue llamado por L. Perls, (1948), citado en E y M Polster (2005), como el proceso formación y destrucción o eliminación de figura/necesidad. Significaba con esto que el perceptor estructura su

experiencia de modo que alcance totalidad y unidad de la configuración. Que la persona no puede seguir adelante hasta haber completado cualquier cosa que experimente como incompleta en su vida, sino se interesará en ella hasta que haya liquidado la experiencia a satisfacción.

Wertheimer, (1912), publicó el ensayo que se considera fundamento de la escuela gestaltista, conteniendo resultados de la investigación de Wertheimer, Kolher y Koffka; el cual exploraba aspectos de la percepción y el movimiento. Los resultados de este experimento obligaron a hacer algunos replanteamientos importantes en el estudio de la percepción y durante las décadas de los veinte, los treinta y los cuarentas, la teoría de la gestalt se aplicó al estudio del aprendizaje, a la solución de problemas, a la motivación y hasta cierto punto a la teoría de la personalidad (Salama, 2002).

El concepto de situaciones incompletas o inconclusas procede también de esta influencia: la teoría gestáltica del aprendizaje por insight, ya que afirmaban los primeros teóricos de la gestalt que la percepción integrativa es innata en el ser humano. Para F. Perls, (1948), el hecho más importante de la formación de figura-fondo es que si una necesidad es satisfecha genuinamente, la situación cambia. La realidad pasa a ser una diferente de la que era mientras la situación se mantenía inconclusa.

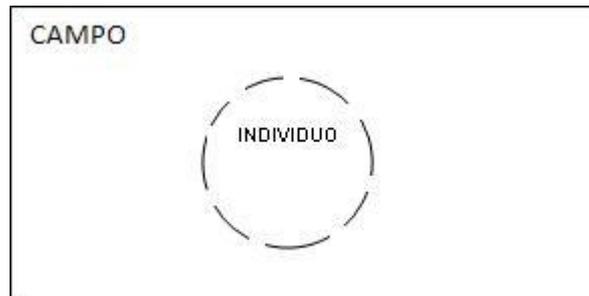
Otro fundamento de la terapia Gestalt es La Teoría de Campo que nos dice que hay tres componentes en todo campo: partículas, energía e información. Estas partículas tienen un intercambio de energía unas con otras y todas a la vez; de hecho la misma partícula sería energía concentrada. Toda energía incluye dirección, interacción. En el campo las partículas también están conectadas por la información. Está emparentada con el enfoque sistémico que afirma que lo que ocurre en una partícula impacta al resto y cada partícula a su vez es influida por el todo el campo. En el campo no hay acciones a distancia, no hay causalidad, hay sincronía. El campo está en proceso, es un fluir constante, entonces es dinámico. Hablar de campo es seguir un enfoque ecológico, cada organismo dentro de un entorno. Dentro del campo está el organismo, delimitado por una línea que separa y une, un límite permeable que permite a la vez contacto y separación, siendo a la vez un todo unificado.

Yontef y Simkin, (1991), citado en Yontef, (2003), afirman que la cosmovisión científica que sustenta la perspectiva fenomenológica gestáltica es la Teoría de Campo. La teoría de campo para dichos autores es un método de exploración que describe el campo total del cual el evento actualmente forma parte, en vez de analizarlo en términos de categoría a la que pertenece por su “naturaleza” o de una secuencia causa-efecto, unilineal, histórica. En terapia gestalt estudiamos a las personas en su campo organismo/ambiente. La teoría de campo es un enfoque para estudiar algún tema, y el “campo” es la herramienta básica de ése enfoque. Un enfoque de campo es teórico cuando su filosofía y metodología se ajustan a ciertos principios. Esto no significa que haya una teoría de campo “correcta” o verdadera. El tipo de campo y teoría al que se refiere la terapia gestalt es el campo fenomenológico.

Hay nueve características generales de las teorías de campo:

- 1- Un campo es una red sistemática de relaciones
- 2- Un campo es continuo en espacio y tiempo
- 3- Todo es de un campo
- 4- Los fenómenos son determinados por todo el campo
- 5- El campo es un todo unitario: todo afecta a todo
- 6- La realidad percibida se configura mediante la relación entre el observador y lo observado
- 7- El principio de la contemporaneidad: “El centro temporal de nosotros mismos como eventos humanos conscientes en el espacio-tiempo es el presente. No hay otra realidad fuera del presente (F.Perls, 1947 pp.81, citado por Yontef., 2003, p. 293). Todo lo que produce un efecto está presente en el aquí y ahora.
- 8- Proceso: todo deviene. “nada es fijo y estable de manera absoluta” (Parlett, 1990, citado por Yontef, 2003 p. 293). Todo y todos se mueven, evolucionan y cambian (Yontef, 2003).

- 9- Insight en constantes genotípicas: la mayoría de las teorías de campo asumen que los fenómenos están ordenados y tienen una metodología para descubrir más acerca de éste orden (Yontef y Simkin, 1991, citado en Yontef, 2003 p.293).



Campo Organismo/ambiente

La persona existe en un campo ambiente/individuo. El campo se diferencia por los límites. Estos límites no son entidades, sino procesos. Un límite es un proceso de separar y conectar. Los límites eficaces son permeables y permiten transacciones entre el organismo y el ambiente (Yontef, 2003).

Así mismo, es necesario mencionar la Teoría Paradójica del Cambio, (Beisser, 1970, citado en Sinay y Balsberg, 2002), la cual afirma que el cambio ocurre cuando el paciente se convierte en lo que es, no cuando trata de ser lo que no es; estando plenamente involucrado en su situación actual. Es decir, el cambio ocurre cuando el paciente abandona, al menos por un momento, lo que le gustaría ser e intenta ser lo que es (Yontef, 2003). Si disimulamos, fingimos lo que realmente somos, es como adquirir un disfraz que es momentáneo e ineficaz ya que en el momento de presión saldrá a flote ésa realidad de la que huimos. Si acepto e integro aún lo que no me agrada o lastima de mí, ya no hay pugna y entonces hay cambio, un cambio que no es momentáneo, es profundo.

Parte de éste enfoque está influenciado directamente por la filosofía existencial que describe al ser humano como un ser en construcción, en proceso, itinerante. Desde cualquier punto de vista no somos los mismos, estamos cambiando incluso a nivel celular, nos estamos renovando.

“Nadie se baña dos veces en un mismo río”

Proverbio oriental

La filosofía existencial nos marca que no hay una esencia del ser humano inmutable, tipo fotográfico. Los objetos están hechos de una vez y para siempre, en el ser humano nos estamos rehaciendo, reconstruyendo; podemos incluso reinterpretarnos, ver nuestra historia y cada vez vernos diferentes, lo que permite darle un nuevo significado. Son los seres humanos, en forma individual, los que crean el significado y la esencia de sus vidas, implica que el individuo es libre y, por ende, totalmente responsable de sus actos. Esto incita en el ser humano la creación de una ética de la responsabilidad individual, de hecho el ser responsable por uno mismo es parte de los objetivos de la terapia Gestalt.

El existencialismo nace como contestación a la “despersonalización” de una sociedad tecnológica, donde la persona corre el riesgo de convertirse en cosa (cosificarse) afirman Portuomo y Tamames, (1979), quienes resumen que la filosofía existencial expresa un mundo donde la norma de vida para el hombre es el “riesgo”. La psicoterapia también se interesa en esa existencia cotidiana del hombre, en ese mundo “riesgoso”, y por eso se encuentran la filosofía y la psicoterapia. Explican, además que en el existencialismo y en su proyección psicológica abundan los conceptos expresados por varias palabras “unidas con guiones”. El objetivo es representar conceptos de unidades de análisis más grandes o molares. Los conceptos existenciales enfatizan que la persona actuante y su medio ambiente son una sola cosa. No se puede separar al hombre de su circunstancia, el “ser-en-el-mundo”. Una condición necesaria para que el hombre exista es que existan otros hombres...podría existir como un animal, sin relaciones con otros hombres, pero su humanidad es consecuencia de vivir con personas. Esta relación del individuo con otros es la

realidad de cualquier sujeto. Para F.Perls, (1948), realidad y actualidad son sinónimos.

Existir es propio de una persona en situación de llegar-a-ser, y este es el aspecto dinámico del hombre que viene-a-ser. Hay dos modos de “llegar a ser”: en seguridad y en la inseguridad ontológica.

- En seguridad: una persona que posea un fuerte sentido de su identidad, de la permanencia de las cosas, una individualidad integral, puede sentirse segura.
- En la inseguridad ontológica la persona experimenta el no-ser: no puede afirmar su propia identidad; se siente más irreal que real, más muerta que viva; no se siente nítidamente diferenciada del resto del mundo, y de este modo le es problemática su identidad y su autonomía; le puede faltar la experiencia de la propia continuidad o no poseer la conciencia de su propia consistencia o cohesión personal; se siente más insustancial que sustancial y es incapaz de aprehender el elemento genuino, bueno y valioso de que está hecho (Portuomo y Tamames, 1979, pp16). La condición de sentimiento de abandono, indefenso, sin apoyo como es el ser “arrojado” en el mundo. Heidegger expresa este concepto como “derección”. La consecuencia de este sentimiento de abandono es una angustia más profunda que la ansiedad, espanto indefinido que acompaña a la alienación, al aislamiento, a la desesperación, a la muerte.

Los conceptos existenciales enfatizan que la persona actuante y su medio ambiente son una sola cosa. No se puede separar al hombre de su circunstancia. Ortega y Gasset, (1914), influenciado como Heidegger, por Husserl, resumió su filosofía en la tesis *Yo soy yo y mi circunstancia*, el ser-en-el mundo, con intención de su situación actual.

Husserl, (1901), creador de la *fenomenología* (sustento también del mencionado enfoque), afirmaba: “toda consciencia es consciencia de algo”. Distinguía del estado consciente: el acto de la conciencia(nóesis) y los fenómenos a los que se dirige, que son objetos de conciencia(noema) y que

para conocer la esencia, sólo era posible eliminando toda suposición o prejuicio, es decir poner entre paréntesis (epo-g o epokhé) lo que se supone ya sabido. Se destaca entonces, la obviedad, la no interpretación, el fenómeno. Un fenómeno es lo que se manifiesta, lo que aparece. Todo lo fenomenológico es vivencial y todo lo vivencial es fenomenológico. La conciencia para Husserl no es un “estado interno”, sino al contrario, una “actividad” de contemplación o de la posición de su objeto.

Lo propio de toda conciencia es trascender, auto superarse. ¿Qué es fenómeno? lo que aparece. ¿Cómo conocemos el fenómeno? intuitivamente, de modo inmediato, sin mediaciones. Un postulado importante de la fenomenología es que el hombre decide, elige y esto lo hace responsable por su conducta. Según la fenomenología, la unidad básica de la experiencia son las respuestas sensoriales. Su cualidad es la inmediatez, son repuestas que están ocurriendo en el presente y son suscitadas por un antecedente o estímulo inmediato (Portuomo y Tamames, 1979).

Descartes, (1637), sostuvo que cualquier idea que se presente a la mente a la vez de un modo claro y distinto debía ser verdadera. Locke, (1666), empirista inglés desmiente a Descartes y plantea principios para el enfoque gestáltico: “todo lo que hay en el ser humano debió haber pasado por la experiencia, el ser humano es un ser experiencial”.

Por otra parte, Wallen, (1957) citado en E y M, Polster, (2005), afirmó más que cualquier otro que Reich indujo a Perls a interesarse, no en los síntomas del hombre, sino en su carácter. En vez de estancarse en los patrones sintomáticos, Reich llevó a la escena analítica el comportamiento diario, atendiendo a las características del lenguaje, la postura, los músculos y el gesto. Así, Reich afirmaba mirar sencillamente las cosas sencillas y esto coincide extensamente con la fenomenología y algunos conceptos del Tao que son base en terapia gestalt.

Server, (citado en Perls, 1948) cita a Suzuki quien ofrece “una de las mejores definiciones de lo que significa el Tao” (filosofía oriental del Zen y que concuerda con lo anterior):

“Qué es el Tao?, pregunta un discípulo. El maestro contesta: “tu mente cotidianamente”. Y añade: “Cuando tengo hambre como, cuando estoy cansado duermo”. El discípulo queda confundido y pregunta si esto no es lo mismo que hace cada persona. El maestro le responde que no es así; la mayoría de la gente no toma contacto con lo que está haciendo. Cuando comen pueden estar ausentes mentalmente, preocupados por cientos de fantasías diferentes y cuando duermen muchos no están realmente durmiendo. La marca suprema de un hombre completamente integrado es que no tenga una mente dividida.”

Moreno, (1961), psiquiatra, teórico y educador reconoció en el psicodrama que uno tiene más probabilidades de hacer descubrimientos *participando* en una experiencia que limitándose a *charlar* sobre el asunto. Con esto se atestigua la fuerza de la experiencia directa. Siendo uno de los pioneros de la psicoterapia grupal, coincidía con Perls ya que encontraba mayor beneficio en el modo grupal que en el individual.

Brentano, (1874,) filósofo, psicólogo y sacerdote católico alemán que defendió la tesis de la intencionalidad de la conciencia y de la experiencia en general, aportó la influencia aristotélica de proceso y acción, pudiendo distinguir en su discurso el percibir, asumir la responsabilidad y otros conceptos de la terapia gestáltica como fenomenología, organismo/ambiente y el principio del darse cuenta (Mixiak y Sexton, 1966, citado en E y M Polster, 2005).

Aristóteles, (384a.C-322a.C), fundamentó los conocimientos humanos en la experiencia. La TG es experiencial, por lo tanto también es una influencia teórica, además de creer que la música tenía una función terapéutica que era despertar las pasiones (emociones). La liberación de las pasiones reprimidas era un prerrequisito esencial para el tratamiento eficaz de la enfermedad mental. En TG se utiliza la música para crear atmosfera y como técnica, así mismo se trata de exponer la emoción, sensación y razón para hacernos visibles a nosotros mismos, lo cual es parte del tratamiento eficaz.

Varias son las influencias de la TG, como pudimos notar es una terapia integrativa.

2.1.2 Qué es Terapia Gestalt y sus fundamentos teóricos

“Si no sois felices aquí y ahora, no lo sereis jamás”

Deshimaru, T.

Se ha mencionado en la ciencia post-moderna que una teoría no es una verdad absoluta. Las teorías son aproximaciones más o menos precisas acerca de lo que se refieren. Según Yontef, (2003), las teorías pueden dar dirección y fuerza lógica, pero no probar la veracidad o falsedad de una proposición. Esta dirección a la que hacemos referencia, se deriva en Terapia Gestalt como sigue; mencionando primeramente el concepto de dicho enfoque para después avanzar en sus fundamentos teóricos.

Según Kierkegaard, (1954), citado en Baumgardner, (2006), la Terapia Gestalt, (TG), consiste en atender a otro ser humano en tal forma que le permita ser lo que realmente es.

Portuomo y Tamames, (1979), afirman que la esencia teórica y terapéutica de la terapia Gestalt es la toma de conciencia o conciencia de sí mismo y equivale a percatarse (awarenes) o “darse cuenta”, lo que hace referencia a una clase particular de experiencia inmediata: se desarrolla con y es parte de, una transacción organismo/ambiente en el presente y su base está en la percepción. Haciendo a plenitud, en cada momento lo que hay que hacer; la conciencia sería el vínculo con el mundo y es intencional, tiene la propiedad de auto superarse y trascender.

Según Latner, (1973), la terapia gestalt está basada en los mismos principios de organización que anima la vida. Esto en cuanto a la observación del funcionamiento libre de la naturaleza, de nuestro cuerpo y de nuestra conducta sana y espontánea. De ahí el “principio de autorregulación del organismo” que es un proceso que afirma que el organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación.

La Terapia Gestalt será definida como: un proceso de encuentro yo-tú que tiene como propósito aumentar el darse cuenta aquí y ahora tanto de uno mismo como del entorno para lograr así un ajuste creativo.

En la anterior definición, aparecen varios elementos. Primeramente un **proceso** que es un conjunto de sucesiones de éste encuentro yo-tu, un encuentro que parte de mi buena disposición para tu buena disposición; donde el terapeuta no es superior ni tiene en sus manos la verdad pues “el experto en tu vida eres tú mismo” (Perls, 1969). El paciente y el terapeuta están en proceso, la interacción entre ambos está en proceso.

El **encuentro yo-tu** tiene un modo horizontal de relación, sin jerarquías; del centro de un ser humano al centro de otro ser humano, comprometido, involucrado. No veo al otro como una circunstancia. Detrás de un tú, hay un yo tan importante y valioso como el mío. Confirmar al otro como ser humano es un encuentro terapéutico. “confirmar” es ponerse en los zapatos del otro, pero con “inclusión”, es decir, sentir en la perspectiva del otro pero manteniendo el sentido de uno mismo como persona separada (Yontef, 2003), y conservando la diferencia de roles necesaria en el contacto terapéutico. Un encuentro que se da en el *aquí* y el *ahora*, que es una premisa filosófica, un método y una técnica. Premisa que deriva de la filosofía existencial donde se afirma que lo que existe es sólo el presente; el pasado no lo podemos modificar pero sí nuestra actitud frente a la propia historia personal. El futuro aun no llega. Además un método y una técnica vivencial que se aprende, procura y practica en el proceso gestáltico de terapia pero que trasciende a una forma de vida.

La terapia Gestalt no desconoce los antecedentes pues somos resultado de ese compendio anterior, sin embargo, podemos trabajar sólo con la actualidad. Según el análisis causal la reacción está condicionada al antecedente. Pero hay un paso entre antecedente y reacción (enfoque sistémico), la actualización. Ese antecedente no podría llevarlo a una reacción sino lo actualizo por medio de un proceso neurológico del presente. Actualizar es “presentificar”: hacerlo presente. Consiste en traer aquí y ahora ése recuerdo, narrándolo en primera persona, como si estuviese ocurriendo en éste momento. Esto es un reeditar, recordar para pasar a un proceso de desaprender. Los actos de recordar y de

planear son funciones del presente aunque se refieran al pasado o al porvenir (E. y M. Polster, 2005)

Aquí y ahora es una forma de vivenciar. Según Yontef, (2003), “es el proceso de estar en contacto, alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensoriomotor, emocional, cognitivo, energético”. Esto es, darse cuenta de sí mismo y del mundo, de la relación entre su propio organismo y su entorno (teoría de campo), enfatizando las sensaciones, buscando que el paciente (usuario), se dé cuenta de lo que hace y cómo lo hace para impedirse cumplir necesidades auténticas y cerrar gestalten. Los mecanismos mediante los cuales las personas bloquean la toma de conciencia sobre sus propias conductas se llaman resistencias. Aquí y ahora significa estar enteramente en lo que se hace y no pensar en el pasado o en el futuro, olvidando el instante presente.

Darse cuenta es un proceso de estar enteramente en contacto con mi ambiente y conmigo mismo, es decir del conocimiento propio y de la situación. “Cualquier negación de la situación y de sus exigencias o de los propios deseos y respuestas elegidas, es una alteración del darse cuenta” (Yontef, 1995). La persona que reconoce su situación verbalmente pero que en realidad no la ve, no la conoce, no reacciona a ella y no la siente, no está dándose cuenta plenamente y no está totalmente contactada. La persona que se da cuenta sabe qué hace, cómo lo hace, sabe que tiene alternativas y elige ser como es (Yontef, 2003).

Al rechazarme distorsiono el darme cuenta pues es una negación de quien soy. Al conocer realmente qué y cómo de mí y mi circunstancia puedo tener control y responsabilidad por la elección: “Elegir es elegirse” (N. Avalos, comunicación personal, noviembre, 2006). El darse cuenta es así, una forma especial de conciencia, de estar donde esta mi atención, de tomar contacto.

Castanedo, (1997), describe el significado de la terapia Gestalt como sigue: “tomar conciencia, darse cuenta de las necesidades, identificarlas, servir las emocionalmente y por fin cerrar lo que había quedado incompleto hasta éste momento”. La terapia Gestalt establece diferencia entre conciencia y experiencia. En la práctica esta diferenciación exige la expresión activa de lo

que uno es y no la mera descripción de lo que uno es. “Me siento triste” no se acepta en terapia Gestalt porque significa conciencia y no es experiencia. Vivir la tristeza lo más intensamente posible es el objetivo de la terapia gestalt. El corazón del proceso terapéutico es la experiencia. Después de la experiencia viene la conciencia.

De ahí que Naranjo, (2004), en uno de sus preceptos para vivir gestálticamente afirme: “Entrégate a la desazón y al dolor de la misma manera en que te entregas al placer. No limites tu conciencia.” Me parece necesario hacer una aclaración. No se trata de permitir el sufrimiento de “balde”, no de quedarme a recibir la segunda “lluvia de dardos”, si no de permitirme fluir en la experiencia, el vivenciar espontáneamente; aún en situaciones dolorosas pues el no limitar la conciencia expande nuestra existencia y nos pone del otro lado, del lado sano donde no me victimizo pues observo, vivencio y elijo cómo sentirme, apoyándome de mis propios recursos.

El objetivo de la exploración fenomenológica gestáltica es el darse cuenta o insight. “Insight es modelar el campo perceptivo, de tal manera que se manifiesten las realidades significativas; es la formación de una gestalt en la cual los factores relevantes se ordenan con respecto al todo” (Heidegger, 1933). En Terapia Gestalt “insight” es la clara comprensión de la estructura de la situación estudiada (Yontef, 2003, pp. 297). La comprensión súbita de mí y mi situación.

Por último en la definición de terapia gestalt se habla de **Ajuste Creativo** que implica interrelación, contacto, negociación, acuerdo, consenso; reconociendo el principio de horizontalidad. Buscamos que ni yo me adapte a ti, ni tú a mí; sino juntar dos necesidades auténticas. Es solucionar un conflicto desde un planteamiento de equidad.

Lo que busca la terapia Gestalt es el ajuste creativo entre el organismo y el entorno. Se distingue lo que es adaptación y ajuste. Hay dos tipos de adaptación: aloplástica y autoplástica. La adaptación aloplástica es cuando espero que el medio se adapte a mis necesidades, que sea un reflejo de mis intereses y necesidades. La adaptación autoplástica es plegarme a las necesidades e intereses de otros, olvidándome de los míos “soy como tú me

quieras”. El ajuste creativo se encuentra precisamente entre estas dos. El ser humano siempre está creando, en terapia gestalt se busca exaltar ese potencial humano creativo.

2.1.3 Función del terapeuta gestáltico

El chamanismo está en contra de la horizontalidad en Terapia Gestalt pues se debe dejar atrás el narcisismo, el ego del terapeuta. El terapeuta gestáltico no es un sanador; es un facilitador de procesos, un despertador de conciencias. Naranjo, (1999), cita a Quatrini (1997), quien afirma que el problema es tomarse la responsabilidad de la solución. Es decir, renunciar al gurú que sabe lo que tienes y que te sanará.

Podemos deducir que el papel del terapeuta gestáltico es un facilitador de procesos del darse cuenta. En Gestalt el paciente viene a hacer algo más, viene a trabajar en una doble acepción: “a la manera del artesano: paciente y amoroso y en el sentido del artista: creando, generando obra” (Dr. Nicandro Avalos, comunicación personal, febrero, 2006). El terapeuta no es el experto, el experto es el paciente; el terapeuta no es un sanador, es un facilitador de procesos. La creatividad también está en el terapeuta, de hecho L. Perls, (1977), por Rosenfeld, (1977), afirmaba que hay tantas gestalt como gestaltistas; sin embargo esto no significa que se deje de lado la responsabilidad ética y la base teórico-metodológica de la misma.

Latner, (1973), afirma que el proceso terapéutico comienza al entrar en contacto con los estratos superficiales de impedimentos y de lo carente de autenticidad. Gradualmente entramos en contacto con las polaridades de nuestras dificultades insuperables. Cuando hemos descubierto los aspectos de estas, ellas mismas se disuelven transformándose en una conducta nueva, en el resurgimiento de nuestro funcionamiento libre dirigido al problema que se nos presente. Esta disolución de la dificultad insuperable fue denominada por F. Perls, (1969), la explosión o la capa explosiva. La explosión que constituye la resolución del trabajo terapéutico sano, es diferente. Reforma el campo, no lo destruye.

¿Cuál es el primer paso del paciente o usuario? que el deseo supere al miedo. El ser humano transita entre el deseo y el temor al cambio. Se temen perder los beneficios secundarios de mi situación actual, al hecho de responsabilizarme de mi vida, a la crítica, a la frustración. Le temo porque involucra esfuerzo, compromiso, involucramiento, dejar lo superficial para llegar al centro de mi ser. Dejar de sufrir implica continuidad en el esfuerzo. El temor viene porque no me siento capaz de ése esfuerzo, sin disciplina, capaz de ser mejor y merecer. El temor al cambio se deriva de las resistencias, pero el deseo a no sufrir está ahí. Cuando el deseo es mayor, el temor cede y es cuando el paciente llega a terapia (en una terapia de crecimiento que se distingue de la intervención en crisis). Así, ejerzo la esperanza para lograr un desarrollo de plenitud, autorregulación y ajuste creativo (N. Avalos, comunicación personal, julio, 2006).

Las herramientas que usan en este proceso los terapeutas gestalt son la conciencia, el experimento y el encuentro; de acuerdo a las exigencias particulares de cada momento terapéutico. El terapeuta debe ser tan especial como cada momento y debe practicar lo que predica. Estar en contacto consigo mismo, en contacto con el paciente, en contacto con las necesidades del momento, con el campo. Sobretudo debe mantenerse en contacto con la dialéctica gestalt, es decir, la interacción de las polaridades.

El terapeuta debe facilitar la resensibilización, el darse cuenta organísmico, integral. Todos tenemos gestalten insatisfechas, pero cuando sean más de las que puedo manejar estaríamos hablando de una posibilidad neurótica de ser y actuar en el mundo. Del no querer crecer, no terminar un proyecto, no ir al doctor aunque se esté enfermo, separarse pero no divorciarse, rendirse, abandonarse, duelos no resueltos por separación o muerte, narcotizarse, alcoholizarse para evitar algo, o sea, alejarme de la posibilidad de resolver. Cuando postergas y evitas es fácil caer en asuntos inconclusos.

La actitud central y dominante que guía al terapeuta gestalt al aplicar la metodología de la terapia gestalt consiste en que lo necesario es encontrar una manera para que el paciente avance al siguiente paso en su conciencia. Todo sirve si contribuye al incremento sutil de la conciencia (Latner, 1973). Aun si

compartimos los sentimientos o historia de nosotros mismos ya que solo compartimos lo que tenga valor como para estimular la conciencia. Latner (1973), cita a L. Perls, (1970), quien afirma: compartir demasiado, crea proyección, ligereza, desensibilización, resistencia y angustia. El terapeuta debe ser uno como ser humano y como técnico facilitador de la conciencia.

El terapeuta gestáltico rechaza el rol de “cambiador”, porque su estrategia es estimular, incluso insistir, que el paciente esté y sea.

2.2.1 Personalidad en Terapia Gestalt

Personalidad se definirá como: los patrones de necesidades y patrones de autointerrupciones de una persona, que se combinan para dar el modo de ser y estar en el mundo.

Latner, (1973), se refiere a personalidad para designar la personalidad total que es el “yo”. Para él, el “yo” es idéntico a las cualidades de la salud y es un proceso. En el curso de un funcionamiento sano, el “yo” tiene distintas cualidades o estilos de acuerdo con las exigencias de la situación: el “ello” es la forma de funcionar en la que nos sentimos como si nos moviera el ambiente y reaccionáramos frente a él casi de forma automática. El “ego” es aquel aspecto del proceso del yo en el que la energía, la excitación y el movimiento sobresalen (los términos que se utilizan, tienen un significado específico en terapia gestalt y diferente a los que se emplean en psicoanálisis).

Salama, (2004), habla de: “yo” y “pseudo-yo”. Nares, (2004), hace referencia a algunos funcionamientos neurológicos para comprender el concepto de “yo” y “pseudo yo” de Salama:

- YO: La parte de la personalidad del sujeto que tiende siempre al éxito. Tiene como atributos la conciencia implícita en el darse cuenta y es portavoz del “sí mismo” o self (todo lo que una persona puede decir de sí misma). Lo establece como una estructura neurofisiológica funcional (grupo neuronal con memoria específica) que aparece en el ser humano desde los tres meses de edad, según Freud, a partir de una matriz

indiferenciada y se basa en el desarrollo del juicio de realidad, esto último se define como la capacidad de distinguir el mundo interno del mundo externo. Esta estructura (yo) se apoyará en el proceso secundario llamado “capacidad de espera”, la cual se desarrolla a través de la leve y continua frustración de las necesidades del niño.

- PSEUDOYO: parte de la personalidad ajena al buen funcionamiento de la misma que presenta resistencias al cambio y por lo tanto es contrario a la salud. Su particularidad es ser automático.

Para justificar que el yo y el pseudo yo proceden de la misma matriz indiferenciada y que la energía que usan es la misma, afirma que el pseudo yo se desarrolla antes que el yo en tiempo cuando todavía no tiene la capacidad de diferenciación yoica. El yo es el portavoz del self, al servicio de la salud y el proyecto biológico.

El bebé actúa inicialmente por impulsos determinados por su genética, esto es inconsciente y propio de la naturaleza filogenética. Luego inicia un aprendizaje por imitación, también automático y sin conciencia, debido a la necesidad de sobrevivencia. El sistema límbico, los cordones laterales y el sistema reticular, así como el tálamo e hipotálamo ya están formados por lo que la afectividad ya está en marcha y es el momento donde se establece el pseudoyo como contenedor de mensajes no consientes del mundo exterior que serán los encargados de crear neurosis, gracias a los mensajes introyectados de personas significativas, “tragándoselos” debido a su necesidad de aprender.

Posteriormente con el desarrollo de los centros neurofisiológicos superiores (abstracción, juicio, comprensión, síntesis, etc.), comienza el aprendizaje consiente por asociación y diferenciación. Salama, (2004), afirma “...el yo necesitará energía que tomará de su polaridad: el “pseudoyo”. Justamente por ello la psicoterapia Gestalt logra sus objetivos al facilitar experimentos vivenciales que incrementan la energía en el yo, debilitando al pseudoyo y por consecuencia a la neurosis. Si el pseudoyo inicia un ataque contra el yo para

recuperar la energía que le fue quitada, el yo desarrolla sus defensas particulares, que se traducen en síntomas.

Afirma Perls, (1948), que a partir de la filosofía griega, el hombre se hizo consciente de sí mismo como objeto y al mismo tiempo descubrió la mente. Comenzó la noción cristiana de pecado, volcó su fuerza de voluntad contra sí mismo y había nacido de ésta forma la dicotomía de la personalidad: “La profunda división en nuestra personalidad, el conflicto entre conducta deliberada y espontánea, es la característica sobresaliente de nuestro tiempo”.

Las causas del desorden de la personalidad serían la incompleta capacidad de darse cuenta y la inmovilidad, como lo sugiere Perls, (1948), el método en cuestión sería la re-sensibilización del darse cuenta de la pareja figura-fondo y la re-movilización de todas las potencialidades de la personalidad. Esto incluye la armonización de las actitudes, tanto espontáneas como deliberadas. Perls, (1948), cuestiona y responde: ¿de qué técnica se dispone actualmente para integrar la personalidad de nuestros pacientes, es decir, restaurar el balance orgánico y abrir el camino para la autorrealización productiva? Responde que su técnica está basada en la función y el experimento. Más adelante veremos la importancia, modalidades y desarrollo del experimento. Finalmente afirma que “La mayoría de nosotros estamos de acuerdo que la ciencia de la personalidad está aun en su infancia y que todavía resta mucho trabajo” (Perls, 1948).

2.1.2.1 Necesidades y modalidades de experienciar

Todo proceso, toda persona tiene una parte biopositiva y una bionegativa. Si es útil para mis necesidades auténticas es biopositiva. Si es útil para mis necesidades enajenadas es bionegativa. En TG se busca hacer de las resistencias algo biopositivo. No se destruyen pues son energías, se trabaja con ellas. Energía sería la fuerza para actuar o dejar de actuar. Necesitamos facilitarle al paciente el darse cuenta de la energía que necesita, que destina a las autointerrupciones y aunque sea poca la energía, hay que concentrarla en su darse cuenta para que no la disperse. Por ejemplo, la agresividad saludable es aquello que me lleva a encontrar los satisfactores, la agresividad que requiero dentro de un mundo competido.

Lo cotidiano es que estabilidad e inestabilidad se mezclen según su propio modo de ser y estar en el mundo. Un paciente llega con su propia "metaestabilidad" lo que sería un estado intermedio entre estabilidad e inestabilidad; es decir con algunas necesidades satisfechas y con asuntos inconclusos. La metaestabilidad tiene que ver con el patrón cambiante de necesidades y autointerrupciones que presenta una persona. Uno de los objetivos de la TG es facilitar en la persona los procesos que permitan darse cuenta de y satisfacer sus necesidades auténticas.

Las *necesidades* se trabajan por pares:

1ro -por carencia: por ejemplo, sed

-por demasía: por ejemplo, orinar

2do *por necesidades fisiológicas: por ejemplo, dormir

*por necesidades psicológicas: por ejemplo, de afecto

3ro +de origen interno: por ejemplo, comunicarme

+de origen externo: por ejemplo, cubrirse si hace frío

4to -organísmicas: se caracterizan por la urgencia, por ejemplo, respirar

-existenciales: relacionadas con mi sentido de vida, por ejemplo, graduarse

5to *auténticas: buscan restablecer mi propio equilibrio, es decir autorregulación orgánica, por ejemplo, estudiar lo que a mi me hace sentir pleno.

*enajenadas: busca restablecer el equilibrio de otro aun si me perjudico, es decir regulación deberista, por ejemplo, callar para agradar al otro.

Nota: La pregunta que ayuda a descubrir si es una necesidad auténtica o enajenada es: ¿para qué? Ya que a menudo se presenta un autoengaño que

puede confundirnos. Cuando la energía fluye libremente: áreas libres de conflicto. Cuando la energía es bloqueada: autointerrupción.

De forma gráfica podemos ubicarlo en el Ciclo de la Experiencia (el cual estudiaremos más adelante), que es un modelo circular del ser y estar en el mundo del ser humano. El Ciclo de la experiencia se refiere a la totalidad experiencia/conducta. Toda experiencia es una conducta y toda conducta nos lleva a un experimentar.

Hay tres modalidades del experimentar:

1.- Sensorial 2.- Emocional 3.- Intelectual

La modalidad Sensorial se refiere a la presencia de intensidad o ausencia de sus sensaciones. Puede haber una alteración en la percepción (ilusión), aplanamiento en su expresión corporal, falta de contacto con sus sensaciones: ¿Qué sensación descubres en tu cuerpo? R: Estoy preocupado.

La modalidad Emocional se refiere al ámbito emotivo, afectivo. Pueden solo dedicarse a relatarlas: “Siento que sufro mucho”, “Siempre estoy contento”. O mezclarlas con otra modalidad: ¿Y qué piensas? R: Siento que....

De la modalidad Intelectual Perls, (1969), señalaba como problema el exceso de elogio a lo racional; la razón como elemento buscado, cultivado, para vivir bien o mejor (como en los tiempos de la Ilustración). La razón como la gran diosa, sin embargo, la parte bionegativa de la razón la utilizo para excusarme, justificar, manipular, juzgar. Prefiero explicar el mundo a vivenciarlo. Es una forma elegante, reconocida de desplegarse.

Los sentidos son los medios de la capacidad de darse cuenta, de la conciencia y de la atención. En el neurótico es característica la dificultad o la disminución de su capacidad de darse cuenta. De hecho, Freud da como la causa de la neurosis un darse cuenta insuficiente de las experiencias traumáticas del pasado (Perls, 1948).

2.2.2 Salud y enfermedad

Según menciona Latner, (1973), para que resulte útil una teoría sobre la conducta humana, deben hacerse las preguntas de: qué es salud y enfermedad mental, qué motiva al ser humano y cómo se puede sanar.

Estamos enfermos cuando no estamos en contacto con nosotros mismos y con nuestro ambiente. Recuperar la salud es restablecer la conciencia de lo que somos.

Para estar sano no es necesario no cometer errores, es formar y destruir gestalten, que fluyan espontánea y libremente. Los errores, de hecho, son necesarios para el proceso de aprendizaje, crecimiento, madurez. La salud no significa no tropezar, si no, apoyarnos con todos nuestros recursos, tomando en cuenta que “su solución será tan satisfactoria como lo permita la situación” (Latner, 1973).

Perls, (1969), señala que el organismo sano acomete con todas sus potencialidades hacia la gratificación de sus necesidades más destacadas. Apenas una tarea se completa y concluye, ésta retrocede al fondo y permite que emerja hasta el primer plano, la que ahora se ha vuelto más importante. Este es el principio de la autorregulación orgánica.

Portuomo y Tamames, (1979), señalan que el terapeuta existencial encuentra que un individuo sano reúne las siguientes características:

- 1- Sano es aquel que está acostumbrado a interactuar en una amplia esfera de situaciones.
- 2- Que está alerta a todos los aspectos principales de los acontecimientos
- 3- Que está continuamente (relativamente) consciente de sí mismo, de su conducta y de los sucesos a los que responde.
- 4- Que escoge activamente la forma de responder a las situaciones en vez de plegarse pasivamente a la presión de los acontecimientos.
- 5- Puede *analizar* qué requiere la situación, *escoger* un objetivo apropiado, *decidir* cómo mejorar la ejecución de una meta, *proceder* a realizar su plan.

- 6- Tiene una amplia esfera de conductas efectivas, lo que le permite ser *flexible* cuando surge una dificultad.
- 7- Sus respuestas a otras personas tienen un carácter especial: puede crear relaciones significativamente íntimas, donde pensamientos y sentimientos son compartidos y donde hay consideración mutua para el otro, así como también puede haber amor (Mitwelt-Dual).
- 8- En esta variada y amplia escala de conducta de la persona sana no existe, como consecuencia de la misma, ninguna ansiedad, culpa, miedo o ira.

Los terapeutas existenciales no tienen una teoría sobre la patología de la conducta, porque no quieren “vaciar” a los pacientes en un molde teórico o diagnóstico. En su lugar prefieren “descubrir” el molde que el paciente se ha creado. En este sentido son “ideográficos” (descriptivos): solo podemos entender el desorden desde la misma conducta del sujeto. La lógica consecuencia es que hay que elaborar una teoría para cada paciente.

En otro sentido, tienen algunas proposiciones generales sobre el desorden de la conducta: “el desorden es el producto de la naturaleza antagónica del hombre”. ¿Qué antagonismo es ese? El del hombre que está enfrentando dos alternativas:

- ✓ Alternativa de transformarse: interacción intencional y afirmativa con otras personas y con el mundo natural, en un esfuerzo continuo por vivir una vida satisfactoria, con sentido y libre de carga excesiva de ansiedad, culpa o cólera.
- ✓ Alternativa de la nada: caracterizada por la ausencia o disminución de los hábitos de auto-conciencia, por la poca dedicación activa al mundo para lograr los objetivos escogidos, por la cesación de los esfuerzos para alcanzar una vida satisfactoria y en consecuencia, por la presencia en cantidades excesivas de ansiedad, culpa y agresividad. Esta “alternativa” es, pues, la “vía regia” hacia el desajuste de la conducta, y, claro está, si cada persona es el resultado de la “auto-creación” esta alternativa es el resultado de una *elección*: el enfermo escoge las

conductas desajustadas como la mejor manera de tratar con sus problemas (Portuomo y Tamames, 1979, pp. 35).

Formar y destruir gestalten como requisito de salud implica referirnos al Ciclo de la Experiencia, a los procesos de la satisfacción de necesidades. Implica estar en un estado de reposo, darme cuenta de que aparece alguna sensación y pienso e identifico lo que es. Comienzo a movilizar mi energía, me muevo en dirección al satisfactor, hay un contacto, satisfago mi necesidad y me alejo de ésa experiencia pudiendo regresar a un estado de reposo. Fluyendo y permitiendo ése proceso en cada situación. Es importante señalar que no sólo es darme cuenta de la experiencia, de la figura, del fondo, si no vivenciarlo, experienciarlo, sentirlo para entonces sí, ser una conciencia unificada y genuina en el momento presente. No significa que no haya pasado o futuro, sólo que en éste momento estamos aquí, no allá.

“Cuando estamos sanos, estamos en contacto con nosotros mismos y con la realidad”

Perls, 1969

La vida sana es un proceso de adaptaciones creadoras. Viviendo las situaciones tal como se nos presentan, siendo simplemente aquello que somos capaces de ser (Latner, 1994).

Así pues, la madurez (pasar del apoyo ambiental al auto apoyo) llegará si nos arriesgamos a vivir, abandonando las zonas de comodidad y simplemente vivenciando nuestra totalidad como individuos, como seres en el mundo.

“Lo que tienes ante ti es precisamente eso, en toda su plenitud, en su totalidad absoluta”

Maestro Zen, Huang Po.

Por otra parte la enfermedad se presenta cuando nuestras funciones de contacto y apoyo son defectuosas. Sintiéndonos confusos, sin medios para enfrentar situaciones, tratando de modificar, negar o evitar mi experiencia y/o la situación. Dependiendo del medio para satisfacer nuestra existencia, sin enfocarnos en un solo punto sino dispersando mi atención, alejándome de la conducta espontánea, poniendo en marcha funciones de huida por una

sensación de peligro y vacío como: retirada, desensibilización, alucinaciones o delirio (estos dos últimos; requisitos para una psicosis). Creyendo que de verdad la vida es amenazadora, generando el caldo de cultivo para la neurosis. Presentando un insight acotado, empobrecido. Sin alcanzar a diferenciar necesidades auténticas o enajenadas, presentando autointerrupciones; sub o sobre limitado en su contacto, tendiendo a la fusión neurótica, a la pérdida de separación con el otro o al aislamiento, a la pérdida de contacto. Es perpetuar un estado infantil, el llamado “síndrome peter-pan”: siempre niño. Con más asuntos inconclusos de los que puede manejar. No es capaz de integrar sus polaridades, porque de hecho no las reconoce. Sin centrarse en el aquí y el ahora, si no en el pasado o futuro.

2.2.4 Neurosis

Para Salama, (2004), “neurótico” es quien tiene asuntos pendientes en el ámbito psicológico o emocional. Es igual a la ausencia o disminución del libre funcionamiento de la energía debido a que disminuye la sensación, no reconocemos nuestras necesidades, gran parte de lo que hacemos carece de significado para nosotros mismos, presentamos disfunciones en contacto, diferenciación, asimilación y satisfacción de la necesidad.

Para explicar la recurrencia de la conducta neurótica, Salama, (2004), afirma que el pseudoyo tiene un umbral de reacción: mientras no se sienta amenazado en su instinto de supervivencia, no actuará y tiene múltiples reacciones conductuales, reactivando otro cordón neuronal asociado o similar que produjo la actitud neurótica. De hecho menciona que la neurosis es transmitida de generación en generación y le denomina: Cadena Generacional Neurótica (CGN). El cerebro solo puede crear cambios en sus cordones neuronales en el aquí y el ahora, es decir, en tiempo presente continuo. La neurosis se caracteriza por utilizar tiempos verbales en pasado, cargados de culpas; o en futuro, acompañados de fantasías catastróficas o negativas que provocan angustia.

F. Perls, (1948), menciona que el neurótico se caracteriza siempre por funciones inadecuadas, principalmente en la forma de actividad innecesaria. Todos los rasgos del carácter neurótico son de una naturaleza rígida y compulsiva, en contraste con la actitud experimental que es a la vez sana y elástica. El mal funcionamiento del neurótico se hace manifiesto en esta falta de autoexpresión genuina. No se puede revelar frente a sí mismo y menos frente a otros. Consecuentemente sus relaciones interpersonales y su desarrollo se deterioran cada vez más. Hay que aprender a centrar energía partiendo del darse cuenta, sin caer en la rigidez del control.

L. Perls, (1977, citado en E y M Polster, 2005), menciona que el neurótico “es el individuo que no puede enfrentar su propio morir, y en consecuencia, no puede vivir plenamente como ser humano”.

Ahora bien, de qué estrategias podemos hacer uso para una intervención con éste enfoque? En el siguiente capítulo, encontraremos las estrategias de intervención y diagnóstico, tomando en cuenta el Ciclo de la Experiencia como instrumento y parte de la Terapia Gestalt.

CAPÍTULO III

3.1.1 Estrategias de Intervención

Las *estrategias de intervención* en terapia Gestalt se elaboran según lo siguiente (Dr. Nicandro Avalos, comunicación personal, noviembre 2006):

- Líneas diagnósticas
- Figura terapéutica
- Técnica
- Experimento

Las líneas diagnósticas están indicadas en el Ciclo de la Experiencia y gráficamente podemos ubicar el bloqueo y el área libre de conflicto, dándonos una visión general de su forma de ser y estar en el mundo. Es importante señalar que es un diagnóstico provisional pues como seres cambiantes no estamos determinados de una vez y para siempre como los objetos.

La figura terapéutica esta ligada a la necesidad dominante. También esta indicada por el subrayado fenomenológico que es la comunicación verbal o no verbal donde hay un cambio que se refleja en su actitud, en su discurso. Por ejemplo al estar hablando de algo, sus ojos se nublan, le tiembla la voz o se queda en silencio.

Para la terapia gestáltica es tan importante el contenido como el proceso. De forma sencilla podemos entenderlos como sigue:

- ✓ Contenido: lo que dice
- ✓ Proceso: cómo lo dice (tomando en cuenta la comunicación no verbal)

Para estar al pendiente de ambos aspectos debemos desarrollar una “atención flotante y focalizada”, es decir atendiendo al discurso y a todo lo que comunique con sus otros sentidos, además creando en nuestra mente las preguntas o respuestas que colaboren en su darse cuenta: “noto que comienzas a llorar al hablar de tu padre...quieres compartirme al respecto?”

Así mismo, la técnica fenomenológica (epo-g) que es poner entre paréntesis lo que yo como terapeuta siento y pienso, sin hacer ningún agregado a la obviedad. Hay que distinguir lo que es contaminar con nuestra emoción el proceso y lo que es empatizar. Siempre hay que priorizar y tener un para qué de las preguntas, de la técnica, del experimento. El tipo de técnica responde mucho a la intención del para qué del trabajo.

Es recomendable ordenar las preguntas en tres aspectos (Dr. Nicandro Avalos, comunicación personal, junio 2006):

- 1- Fenomenológico: Describir: quién eres, qué haces, cómo te sientes? ... Te voy a pedir repitas “yo soy ésta luz...”
- 2- Ecológico: Corresponde a la exploración del entorno: dónde estás, qué te rodea, ¿qué son esas capas?, ¿cómo es el lugar?
- 3- Existencial: Abordamos la relación organismo/entorno. Hablamos del para qué, de la intencionalidad: ¿para qué te divorcias?, no ¿porqué te divorcias?

Existen tres *tipos de técnicas*: 1-Expresivas, 2-Supresivas, 3-Mixtas.

- ✓ Expresivas: El paciente expresa emoción, sensación o pensamiento para su darse cuenta. Por ejemplo, si mueve algo: “qué estaría diciendo tu mano...” Se refiere a que identifique su sensación, emoción, sentimiento y les dé voz; que se expresen.
- ✓ Supresivas: Se trata de dejar de hacer algo, suprimir la acción para que surja un darse cuenta: “ Deja de mover tu pie...qué ocurre?”
- ✓ Mixta: Mezcla de las dos anteriores: “dale voz a tu dolor con un grito profundo y permite que tus puños se vayan soltando”

Por otra parte es importante notar que el experimento está relacionado tanto con las líneas diagnósticas y con las técnicas como con la figura terapéutica. Así, el consultor/terapeuta no “saca de la manga” el experimento, tiene que ver con el proceso en curso, si estamos en restauración del crecimiento, en

resensibilización (despertar sensación), resignificación (darle nuevo significado) o intervención en crisis (circunstancial o del desarrollo), etc.

El experimento podemos entenderlo como una dinámica o ejercicio. Se hace alusión a lo experimental, que en este enfoque llamamos vivencial o experiencial. No se trata de un ensayo, se trata de que el paciente tenga la vivencia en ésta zona de seguridad que es la sesión terapéutica. El objetivo fundamental de todo experimento es aumentar, avivar el darse cuenta.

Por otro lado, una sesión terapéutica puede estructurarse en tres formas: dialogal, vivencial y mixta.

- ✓ Dialogal: El diálogo es el medio por el cual el paciente adquiere un darse cuenta. Implica a su vez, una escucha atenta, respetuosa, un tono claro, hablar en primera persona para responsabilizarme por lo que comunico.
- ✓ Vivencial: Se efectúan ejercicios vivenciales que implican la expresión de emociones y la satisfacción de la energía hasta el contacto con el satisfactor o la explosión y su cierre. Es importante ir al timing (ritmo) del paciente (Perls, 1948). No son ejercicios como rectas, implica la creatividad del terapeuta y la necesidad del usuario.
- ✓ Mixta: Es cuando se aplican las dos anteriores. Es lo recomendable en la mayoría de los casos (Salama, 2002).

Nota: Evitar interpretar y decirle al paciente lo que tiene que hacer; recordemos que el experto en su vida es él y sólo él tiene la responsabilidad de la solución o no. El consultor acompañará y facilitará procesos de darse cuenta. Afirma Quattrini, (1994) en Naranjo, (2004): “Yo no sé nada, no sé absolutamente nada, ni de lo que te pasa ni de lo que sería mejor para ti. Vamos a explorarlo y tú me lo dices, y yo intento ayudarte para ir donde tú quieras”.

3.2.1 El Ciclo de la Experiencia

Cada uno de nosotros tiene un ciclo de la experiencia, que resultaría en su modo de ser y actuar en el mundo. El todo está contenido en cada parte, cada parte está contenida en el todo. Este “holoproceso” es una muestra de los procesos que el paciente entabla en contextos diferentes. El Ciclo de la Experiencia es una forma de representar el movimiento y el proceso de vivir. Es una guía para entender la satisfacción e insatisfacción de necesidades, una herramienta para explorar la experiencia propia y la de otros. Hay un proceso común a todos: la creación y destrucción de figuras.

Se habla de Ciclo pues pasamos cíclicamente por un estado de creación y destrucción de figuras. La necesidad es la figura y ésta se satisface en el entorno. Luego surge otra y así sucesivamente creando un ciclo de formación y destrucción de figuras.

Es de la Experiencia pues tiene que ver con el darse cuenta, en el aquí y ahora, es lo que estoy experimentando en el momento presente, mi proceso de existir.

El Ciclo de la Experiencia está constituido por:

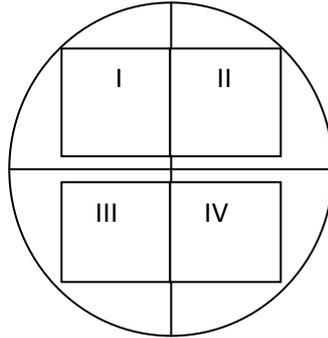
2 partes, 4 zonas, 8 fases y 8 autointerrupciones como veremos a continuación:

PARTES

- YIN: Parte interna, de mi piel hacia adentro. La relación yo conmigo. Si aparecen los problemas en la parte Yin, hablamos de un paciente “Top Dog”.
- YANG: Parte externa, de mi piel hacia fuera. La relación yo con el mundo. Si aparecen los problemas en la parte Yang, hablamos de un paciente “Under Dog”.

ZONAS

- I. ZONA INTERNA: Regida por la sensibilidad
- II. ZONA INTERMEDIA: Regida por el pensamiento
- III. ZONA EXTERNA: Regida por la Comunicación
- IV. ZONA DE RELACIÓN: Regida por el aprendizaje



FASES

- 1.- Reposo ó vacío fértil
- 2.- Sensación
- 3.- Formación de Figura
- 4.- Movilización de la Energía
- 5.- Acción
- 6.- Precontacto

AUTOINTERRUPCIONES

- 1.- Retención
- 2.- Desensibilización
- 3.-Proyección
- 4.- Introyección
- 5.- Retroflexión
- 6.- Deflexión

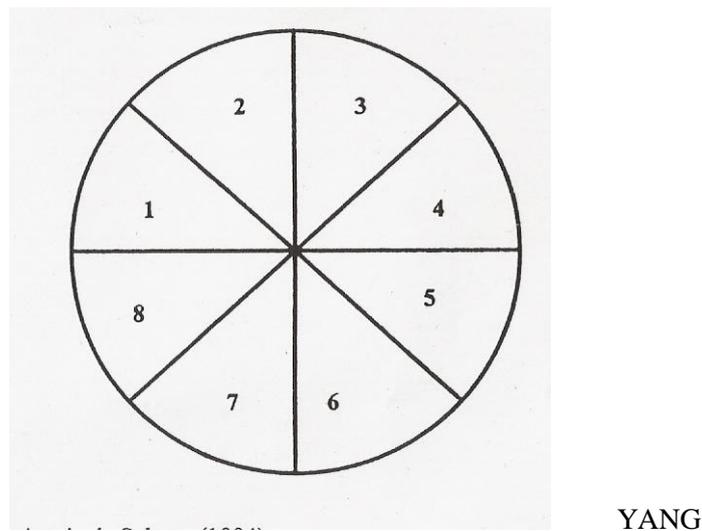
7.- Contacto

7.- Confluencia

8.- Postcontacto

8.- Fijación

YIN



CICLO DE LA EXPERIENCIA

3.2.2 Fases, Autointerrupciones y Capas de Neurosis

Para entender el Ciclo de la Experiencia se deben considerar las fases, las autointerrupciones que corresponden a cada fase, su respectiva capa de neurosis y el temor asociado.

En la fase 1, “Reposo”, hay una ausencia de necesidad, el sujeto se encuentra en un vacío fértil, está en equilibrio, en homeostasis. El proceso que está bloqueando el reposo es la “Retención” que es sinónimo de postergación. Cuando hay asuntos inconclusos, ciclos abiertos, pendientes; estoy

postergando. Podemos encontrar aquí, personas que no toman decisiones, que prefieren que el tiempo, la vida u otras personas tomen las decisiones por ellos. Aquí encontramos la culpa, el resentimiento. En bloqueo 1 hay “temor a triunfar”, están aquí quienes se auto sabotean, que no se sienten merecedoras del triunfo o del éxito. Le corresponde la capa de neurosis “indiferenciación” pues le cuesta trabajo distinguir entre pasado y presente, tienen problemas con los límites; frecuentemente es sublimitada.

En la fase 2 “sensación”, el bloqueo es “desensibilización”. El temor es a sufrir. La capa de neurosis que corresponde es “señales”, el puro formalismo. Relaciones superficiales, hay una especie de anestesia, ciertos rasgos de automatismo, rehúsa poner atención a problemas, a sus sensaciones, a sus sentimientos, por eso es señales, porque el contacto es superficial para evitar sufrir. Naranjo, (2004), afirma:” no debemos negar el dolor, el sufrir; no el de balde, sino el que deriva del hecho de estar vivos, de circunstancias difíciles, hay que aceptarlo”.

La fase 3 “formación de figura”, su autointerrupción es la proyección, el temor es al castigo, la capa de neurosis es “como si”- la simulación. La sensación se vuelve figura o aparece la necesidad. A veces no es así, no acepto mi necesidad, no acepto lo que es figura para mí. Proyección es depositar en el otro la necesidad o la responsabilidad, todo lo que asumo como propio. Lo sano sería por ejemplo: no me enojo por tu culpa, simplemente yo me enojo. Aceptar responsabilidad, asumir consecuencias y enfrentar los retos, no depositar la responsabilidad en el otro para evitar el castigo, no sólo físico, sino psicológico. Salama, (2002), recomienda “jugar al tonto”, el expresar un “no entiendo”, detectando el “como si”, la simulación.

“Quien aspira a parecer, renuncia a ser”

José Ingenieros

La fase 4 “movilización de la energía”, su autointerrupción es “introyección”, temor al rechazo, capa de neurosis correspondiente: “atolladero”. La movilización de la energía es una preparación para la acción, es movilizar mis

recursos internos sean físicos o psicológicos y hacer de ellos una herramienta. Es estar pensando la decisión que voy a tomar, planear. Sin embargo aparece un freno automático, el “deberismo”, lo que debe ser para los demás, no para mí. Se habla de un “atolladero” en el sentido de estar entre tomar una decisión y quedar paralizado, estar entre querer y deber, entre la necesidad auténtica y la enajenada. Me detengo entonces por el temor a ser rechazado.

Fase 5 “acción”, el bloqueo es “retroflexión”, el temor es a la propia agresión, la capa de neurosis es “implosión”. Temo hacer daño a alguien con mi conducta agresiva y la vuelvo contra mí mismo, por ejemplo: depresivos, adictos, suicidas. Acción se refiere al intercambio con otros, una conducta observable; cuando empiezo a buscar los satisfactores en el exterior, me muevo, me comunico en actos o agredo con el silencio, pasivamente. Vuelvo la energía hacia otros y me detengo en la acción. La somatización, en general, sería una retroflexión. La implosión es explotar hacia adentro, no expresa sus emociones, no las comunica y se convierte en un factor de somatización.

“Que no se quede callado quien quiera ser feliz”

Atahualpa

Fase 6 “precontacto”, autointerrupción: deflexión, temor a enfrentar, la capa de neurosis también es “implosión”. Deflectar es evitar. No enfrentar el reto. La verborrea, el soñar despiertos son una forma de deflexión pues están evitando contactar realmente, evito entrar en contacto con el satisfactor real, por ejemplo en casos de adicción a sustancias.

La fase 7 “Contacto”, autointerrupción: “confluencia”, temor a la independencia, la capa de neurosis es explosión neurótica. Cuando la energía ha recorrido el ciclo, estamos en contacto con el satisfactor. Confluencia es hablar de pérdida de límites, es “soy como tu me quieras” pues tengo temor a la independencia, a

enfrentar la responsabilidad, soy confluyente para depender de alguien. Por ejemplo en personas que viven el ciclo de la violencia.

La fase 8 “postcontacto”, la auto interrupción es “fijación”, el temor es a ser libre y la capa de neurosis es la “muerte simbólica”. En éste punto es cuando ya logré el satisfactor, la necesidad está satisfecha y debo dejarlo, desprenderme de ésa experiencia y continuar con mi proceso vital, comprendiendo que todo es un proceso y que tiene sus tiempos y límites. El tipo de personas que se encuentran detenidas aquí son las que se quedan en el pasado, en el momento del dolor o del placer, en el hubiera. No encuentran satisfacción en su vida presente y se quedan en la fijación. Platican siempre de lo mismo, sus éxitos, sus viajes o su divorcio, algún tipo de pérdida, etc., es quedarse en el pasado descuidando el aquí y ahora. Actúan como en el pasado creyendo que van a tener los mismos resultados que anteriormente. No aceptan la novedad, no hay búsqueda, sin arriesgar por miedo a ser libres, por el temor a ejercer con plena conciencia la libertad. Es la autointerrupción donde se gestan los asuntos inconclusos.

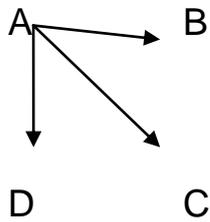
3.2.3 Diagnóstico

El diagnóstico nos va a servir para tener una aplicación diferencial de la terapia gestalt. Queda descartado un diagnóstico que juzga y etiqueta, un diagnóstico fijo.

Todo diagnóstico es como una guía de memoria, de organización de información del campo del paciente. El paciente describe y transmite lo que para él es figura, el terapeuta también va formándose figuras, significados. El paciente está en un proceso de auto observación y emite al terapeuta comunicación verbal y no verbal.

La terapia gestalt tiene una aplicación diferencial, debemos tomar en cuenta a la persona, percibir semejanzas y diferencias. No se diagnostica como en psicoanálisis, no en términos del inconsciente, no se concede un valor

terapéutico a la transferencia, no interpretamos, no reconoce la sexualidad como etiología, no diagnosticamos utilizando una linealidad causal, no es relación causa-efecto: A es causado por B, si no:



Somos un ser bio-psico-social-espiritual. El paciente tiene una historia, una vida la cual se reconoce. Sin embargo, no se hace análisis causal mecánico. No es posible darle peso absoluto a las experiencias primarias de la vida. Para la terapia gestalt el camino más seguro es el que parte del aquí y ahora. Recorre la historia del paciente pero no le da una importancia exclusiva. No hay afirmaciones absolutas.

Vamos a recurrir al análisis funcional, el que nos dice qué y cómo se están relacionando un organismo y un entorno, tomando en cuenta la teoría de campo de la que hablamos anteriormente.

Nos centramos en lo que es *figura* para el paciente y nos preguntamos cómo está influyendo e impactando en su vida actual.

El diagnóstico se da en términos ecológicos considerando la relación organismo/entorno y trabajado lo que es figura para el paciente.

En la construcción de líneas diagnósticas se hace un análisis funcional utilizando la descripción fenomenológica, privilegiando el contacto que se da aquí y ahora y no la transferencia (entendido aquí como reeditar la relación con personas significativas). Ocurre un principio que se refiere a que como es en la sesión así es en otros contextos de su vida: “cada gota de mar es un océano”.

La pregunta para tener alguna aplicación diferencial: éste paciente que esta frente a mi, ¿en qué se parece y en que se distingue a otros? Con esta

pregunta vamos a ir construyendo líneas diagnósticas, nos ayuda a discriminar. Los contenidos resultan diferentes, los procesos, parecidos generalmente.

En toda relación se distinguen dos componentes: 1- el contenido: qué dice, qué comparte el paciente y 2- el proceso: el cómo el paciente comparte. El proceso de contacto/alejamiento con el terapeuta, lo que ocurre en la sesión. El diagnóstico abarca ambos, en ambos se presentan rigideces.

Es un diagnóstico diferencial pues se refiere a encontrar diferencias o atributos que están presentes o ausentes en dos o más seres humanos. No podemos comprender la unicidad de una persona si esta no es comprendida en comparación con otras.

El proceso diagnóstico es una búsqueda de significado, el significado en gestalt es la relación entre figura y fondo. Gestalt reconoce lo inconsciente, es decir, fuera de la conciencia, lo que sería el fondo y se puede acceder a éste por medio del darse cuenta sensorial. La figura sería lo que sale del fondo y que también nos informa de la interrupción de la satisfacción de mis necesidades. Si recordamos la noción de campo: organismo/ambiente, es más difícil sostener el análisis causal psicoanalítico que privilegia el pasado (infancia) como etiología de cualquier patología.

En el momento diagnóstico debemos tomar en cuenta todo lo anterior. Para hacer un diagnóstico hay que considerar el campo y el hecho de que somos seres en proceso.

La terapia gestalt no es intrapsíquica, es interrelacional, analiza las relaciones del ser humano como un ser holístico. Esta actitud fenomenológica está muy relacionada con la parte yin y la teoría de campo va a estar muy atenta a la parte yang. En la parte yin y yang, vamos a tratar de descubrir la rigidez y la flexibilidad.

La construcción de líneas diagnósticas radica en conocer la flexibilidad y rigidez que hay en mi parte yin y yang, es decir mi relación yo conmigo y yo con el mundo. Cuando hablamos de flexibilidad, hablamos de áreas libres de conflicto lo sano, lo espontáneo, reconozco mis necesidades, tengo facilidad para cambiar marcos de referencia, utilizo mi creatividad, etc. Cuando hablamos de

rigidez, hablamos de autointerrupciones, lo tóxico, lo rígido y hay rigidez cuando hay repetición, patrones, omisión, exclusión, generalización, cuando interrumpo la satisfacción de mis necesidades. Cuando las resistencias se repiten se convierten en recurrencias, ya en el contenido, ya en el proceso.

Como una herramienta para el proceso diagnóstico, podemos tomar en cuenta el Test Psicodiagnóstico Gestalt (TPG) de Salama, (1999), el cual se anexa en el Apéndice I y es necesario que se consulte directamente.

Lo recomendable es que no se aplique en la primera sesión. De cualquier forma, desde que tenemos contacto con el paciente ya nos está informando de su forma de ser y estar en el mundo e iremos descubriendo sus partes flexibles y rígidas para ubicarlo en el ciclo de la experiencia. Para su mejor comprensión, maneja cinco diferentes valores o puntajes que se refieren al fluir de la energía:

0= proceso bloqueado

2=proceso funcional

4=proceso ambivalente

6=proceso disfuncional

8=proceso bloqueado

El TPG puede aplicarse a personas desde los 16 años. No se aplica a quienes están pasando por un proceso medicamentoso como ansiolíticos, antidepresivos, neurolépticos o anti psicóticos. Es importante consultar la fuente y aprender su aplicación. Hay dos opciones de respuesta, las cuales se van sumando y obtenemos el puntaje de la parte yin y la parte yang, lo que nos indicaría si es un paciente top o under dog.

TIPOS DE PACIENTE

- ✓ Paciente Yin: protector, contenedor, generoso, introvertido, vida interior espiritual rica, sensible, susceptible, tiene fácil contacto con su interior.

- ✓ Paciente Yang: movilizador de energía, organizador, proactivo, extrovertido, facilidad para el contacto social.
- ✓ Paciente Top dog: con asuntos inconclusos, poco sensible, aislado, vanidoso, narcisista, desconfiado, obsesivo.
- ✓ Paciente under dog: entabla conflictos con los demás, somatiza, relaciones superficiales, mercuriales (promiscuidad), alteración de límites.
- ✓ Paciente con yo ocluido: baja fuerza yoica, dificultad para tomar decisiones y establecer límites, con alta probabilidad de proceso de impasse (atascado), falta de apoyo ambiental y autoapoyo.

Imaginemos un paciente que se auto interrumpe de la sensación y se va a la intelectualización, esto nos indica una rigidez. Esta auto interrupción es la desensibilización, dificultades en parte yin, pudiendo así, ubicarlo en el ciclo de la experiencia y conocer el bloqueo, el miedo y la capa neurótica que corresponde. El ciclo de la experiencia lo podemos observar desde el contenido o desde el proceso o desde su conjunto.

Hacer diagnóstico implica la construcción de significado al contenido y al proceso de la sesión terapéutica. El diagnóstico no se emite, se construye y debe cumplir cuatro *requisitos*:

- ✓ Ser fenomenológico
- ✓ Que se exprese en términos de proceso (no clasificación)
- ✓ Que surja de la relación dialogal
- ✓ Que sea de estructura clara (noción de campo)

Podemos mencionar aquí el manejo de los “Ejes” en el Ciclo de la Experiencia; los cuales son ejes que se forman de la parte yin y yang en el Ciclo de la experiencia para informarnos de la posible personalidad y de sus bloqueos o modos neuróticos:

EJES EN EL CICLO DE LA EXPERIENCIA

- EJE 1-5: De la autoestima-amor (a mí y a los demás)
- EJE 2-6: De la honestidad (a mí y a los otros)
- EJE 3-7: De la Responsabilidad (a mí y a los otros)
- EJE 4-8: Del respeto (a mí y a los demás)

MODOS NEURÓTICOS SEGÚN EL EJE

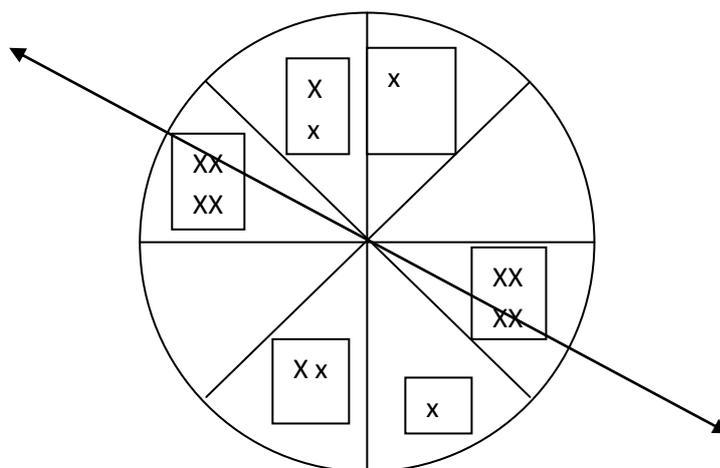
- EJE 1-5: Agresivo-pasivo
- EJE 2-6: Esquizoide o limítrofe
- EJE 3-7: Narcisista-paranoide
- EJE 4-8: Obsesivo-compulsivo

Uno de los criterios para establecer prioridades en el tratamiento es la fase que nos indica el mayor grado de autointerrupciones y que define el o los ejes:

Veamos un ejemplo: Una usuaria de 48 años está separada, espera que el esposo tome la decisión del divorcio pues cree que sus hijas de 15 y 12 años le echarían en cara el quedarse “sin padre”. Se siente culpable de dicha separación al haber dedicado más tiempo a sus hijas que al esposo. Afirma que procura no llorar pues así le enseñó su padre. Estudió contaduría pero sólo ejerció los primeros dos años; pensó que no merecía lo bueno que le estaba pasando pues descuidaba a sus pequeñas y antes de que le ofrecieran el siguiente puesto, renunció. Menciona acostumbrar a quedarse callada para evitar problemas, en general muestra un afecto aplanado y trata de racionalizar

sus emociones. Fuma 10 cigarrillos diarios aproximadamente. Su médico le recomienda asistir a un psicólogo pues el tratamiento medicamentoso para la colitis, parece no ser suficiente y cree que la enfermedad pueda tener un origen psicológico. Su motivo de consulta es dicha recomendación.

Pondremos una X en las fases que estén bloqueadas según la anterior descripción y así determinaríamos más claramente su bloqueo, eje y área libre de conflicto en el ciclo de la experiencia:



Podemos notar que el eje es el pasivo-agresivo (1-5). Sus bloqueos más notables son la retroflexión y la retención. Está postergando el divorcio, habla de culpa y de la falta de toma de decisiones. También muestra el temor a triunfar al no aceptar crecer profesionalmente y miedo a su propia agresión, la cual vuelve contra sí misma, somatizando con colitis y con adicción al cigarrillo. Habla de confluencia en la relación con sus hijas y esposo, se desensibiliza y atiende a la razón, minimizando sus emociones.

De ésta forma podemos graficar su modo de ser y estar en el mundo, teniendo más clara también las estrategias de intervención y técnicas que ayudarán en su proceso de darse cuenta.

En el siguiente capítulo se revisará la propuesta y el cómo se puede trabajar todo este compendio teórico-metodológico en la línea telefónica.

CAPÍTULO IV

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA VIA TELEFÓNICA

Los capítulos anteriores nos brindan la oportunidad de comprender el qué y el cómo de la Terapia Gestalt. Igualmente, se ha visto la importancia de atender oportuna y profesionalmente a la población necesitada de atención psicológica y que el medio telefónico proporciona múltiples beneficios; obviamente, presentando algunas limitaciones que comentaremos más adelante.

A continuación, se revisa el *Manual de Procedimiento Terapéutico con enfoque en Terapia Gestalt vía Telefónica*. Es conveniente señalar que es requisito indispensable el compendio teórico-metodológico de las páginas anteriores. Así mismo, recordar que la situación manda y que la creatividad del consultor es invaluable. El Presente manual intenta ser una herramienta más para el psicólogo que enfrenta una intervención a distancia por el medio telefónico.

MANUAL

El presente manual está destinado a profesionales en psicología que deseen apoyarse en el modelo de atención telefónica con enfoque gestalt. Este modelo puede ser utilizado para la intervención en crisis o en situaciones de restablecimiento del crecimiento.

SUJETOS:

- ✓ Consultor (facilitador gestáltico)
- ✓ Usuario

ESCENARIO:

- ✓ Un espacio silencioso, un escritorio, un aparato telefónico, una libreta y un bolígrafo. Una PC.

CONSIDERACIONES IMPORTANTES

El facilitador gestáltico será llamado consultor y el paciente usuario para los fines del presente manual.

Es cierto que al no estar presentes consultor y usuario en el mismo lugar, la información que recibe el consultor se limita a una sola modalidad sensorial. Perdemos información no verbal que se comunica con un gesto, una postura, la vestimenta, el límite de contacto manifestado por la ubicación de él mismo en el consultorio, etc. Sin embargo ganamos en contenido y aprovechamos recursos en el tono de la voz, los silencios, la velocidad, su fluidez, la intensidad o alteración del tono que también informan del proceso y que ofrecen el subrayado fenomenológico.

Así mismo ganamos en la importante relación entre el tiempo del evento y la oportuna intervención, pudiendo con ello coadyuvar en la presencia de detonantes de patologías más severas o siendo por ejemplo, en la intervención en crisis, un yo auxiliar.

La intervención telefónica también está sujeta al código ético del psicólogo que señala entre otras cosas el manejo de la confidencialidad y el trato respetuoso, ético y profesional.

Es importante el encuadre para llamadas subsecuentes (véase: Forma II) especificando fecha, día y hora de la siguiente llamada. Igualmente, tomar en cuenta que ésta llamada es la única que tenemos pues el usuario decidirá si continúa o no con un proceso. La voluntariedad y confidencialidad son características inseparables de éste modelo de atención.

Existen diferencias evidentes entre el apoyo que se brinda desde una Institución o desde el enfoque privado. En general en las instituciones públicas no se solicitará el teléfono del usuario y el servicio puede ser anónimo, no son frecuentes las llamadas de seguimiento ni encuestas sobre la satisfacción del servicio pues no están sujetas a normas tan severas como la ISO-9000. Sin embargo, ambas organizaciones sujetas a resultados; sea de un cliente capitalizando en la salud de sus empleados; sea en el ámbito de las Instituciones, traduciendo las ventajas en la salud pública.

En general no se recomienda la intervención para usuarios con dificultades psiquiátricas ya que su necesidad es a mediano o largo plazo y esto se sale de los alcances de la intervención telefónica pues se maneja el enfoque breve. Tampoco es recomendable para personas con trastornos psicóticos.

En seguida daremos un breve recorrido por el concepto de terapia breve y crisis para comprender aun más el contexto de éste modelo.

TERAPIA BREVE

El concepto tal cual, surge en los años cuarentas. Los fundamentos teóricos de la psicoterapia breve tienen su origen principalmente en el psicoanálisis (aportando el entendimiento sobre la estructura de la personalidad y su desarrollo psicológico) y la teoría estructural (el individuo estudiado desde su contexto social, énfasis en el para qué del síntoma y no sólo en lo inconsciente).

La psicoterapia breve se llama así por oposición a otro tipo de psicoterapia de larga duración (Knobel, 1987). Se trata de una terapia en la que sobresale el trabajo por objetivos y el número de sesiones limitadas. Aproximadamente hasta 6 u 8 sesiones. Otra de las características es que implica ser directiva. Probablemente haya una incongruencia con el enfoque gestalt que maneja el respeto al timing o ritmo del paciente, sin embargo es posible enfocar el para qué de las sesiones, ubicar el objetivo y encaminar en esa dirección. Tomando en cuenta el enfoque de campo, todo lo que impacte en una parte del sistema, del campo, impactará en la o las otras.

CRISIS

Podemos entender como crisis un estado temporal de trastorno y desorganización, caracterizado principalmente por la incapacidad del individuo para abordar situaciones particulares, utilizando métodos acostumbrados para la solución de problemas.

Linderman, (1942), después de un enorme incendio, destacó la importancia de proveer asistencia inmediata a los afectados. Caplan, (1961, 1964, citado en

Bellack, 1975), lo retoma y desarrolla la “Teoría de las crisis”, donde afirma que las personas funcionan mal y esto puede continuar aun después de la crisis.

Una crisis también es una oportunidad, después de la desorganización sobreviene una forma de reorganización. La “intervención en crisis” es la primera ayuda psicológica que se da a una persona con la que se busca disminuir el deterioro y la presencia de psicopatologías.

Hay dos tipos de crisis:

- ✓ *Circunstanciales*: inesperadas, se apoyan en factores ambientales, repentinas, calidad de urgencia, peligro inminente, noticias inesperadas. Por ejemplo: asalto, violación, desastres naturales, enfermedad inesperada, muerte repentina, toma de rehenes, prisioneros, pérdida de empleo, separación.
- ✓ *De Desarrollo*: Cuando en una transición natural del proceso de desarrollo, el individuo no está preparado para tal. Etapas como: niñez, adolescencia, adultez joven, adultez media, adulto mayor y vejez. Cada una de ellas implica un requerimiento y una pérdida de la etapa anterior. Por ejemplo: puede crecer biológicamente pero no emocionalmente.

Podemos mencionar el Modelo de Intervención de Guilliand (Javier Ramos, comunicación personal, septiembre, 2006), ya que es valioso y no se contrapone con el enfoque gestalt. El orden después del tercero no debe ser estricto, lo importante es ejecutarlo:

- ✓ Definir el problema: desde el punto de vista del paciente, escucha atenta
- ✓ Asegurar el bienestar físico de la persona: evaluar críticamente la letalidad y movilidad, entre otras
- ✓ Promover apoyo y contención: proceso en el que el usuario se siente acompañado por el consultor. Podemos aquí aplicar alguna técnica, hacer un experimento según la necesidad del usuario

- ✓ Examinar alternativas: exploración de recursos físicos, emocionales y sociales que colaboren en la recuperación del equilibrio. Identificar redes de apoyo
- ✓ Hacer planes: elaborar un plan a corto plazo y viable, un plan estratégico
- ✓ Obtener compromiso: ayuda a la persona a definir y comprometerse con sus futuras acciones

Hay que considerar la “conciencia de enfermedad” del usuario, estar atento a diferenciar lo real de la fantasía o la exacerbación.

PROCEDIMIENTO

Primeramente delimitaremos los tipos de llamadas para abordar el manejo adecuado de las mismas.

- Llamada de primera vez: De intervención en crisis circunstanciales o del desarrollo. Se abre la problemática, se trabaja y el usuario decidirá si continua llamando para entablar un proceso o si considera que ésta intervención le proporcionó lo suficiente para “salir del atolladero”.
- Llamada subsecuente: se acuerda con el usuario fecha y hora de llamada. En éste sentido no hay ninguna diferencia entre el proceso cara a cara y el telefónico, se hace un encuadre.

La unidad de la terapia es la sesión terapéutica. De acuerdo a la terminología de un nuevo paradigma encontramos una realidad ecológica, holista y realista. El “holón” habla de una realidad estratificada, multinivelada. Es al mismo tiempo un todo en sí mismo, pero también es parte de un todo. La sesión terapéutica es un holón, una unidad total y al mismo tiempo es parte de una terapia en curso. Cada sesión es como un ciclo de apertura-desarrollo-cierre. Salama, (2004), afirma que a cada término de sesión hay una sensación de duelo cuando se disuelve la burbuja terapéutica. Es el espacio privilegiado para la relación yo-tu en el plano horizontal. Siendo naturalmente un ser humano, en proceso, finito, con polaridades, no perfectos, perfectibles. La burbuja terapéutica va avanzando según las sesiones, a veces con ritmo de alejamiento

pero se sigue procurando. El proceso de confianza del paciente se construye sesión a sesión.

Dentro de la sesión se da el trabajo vivencial que es fundamental para el enfoque gestalt. Cada “experimento” tiene como finalidad vivenciar de una forma intensa para obtener un darse cuenta, se re-sensibilice, cierre asuntos inconclusos, descubra sus conflictos, polaridades, se escuche y se haga visible a sí mismo para después alcanzar la madurez; pasar del apoyo ambiental al autoapoyo. Para eso hacemos experimentos.

“Sólo la vivencia es aprendizaje, todo lo demás es información”

Albert Einstein

Existen cuatro *fases* en una *sesión*, las cuales veremos a continuación:

- 1.- Apertura - Burbuja terapéutica
- 2.- Figura
- 3.- Experimento
- 4.- Cierre

Fase 1: Apertura

Incluye la recepción y el encuentro, el objetivo es formar la burbuja terapéutica, encontrar el motivo de consulta. El consultor escucha terapéuticamente, estando atento a la fenomenología del usuario. En el caso de la atención vía telefónica no tenemos recursos visuales que nos podrían hablar de su postura o cualquier otro subrayado fenomenológico (la necesidad dominante es señalada por el subrayado fenomenológico) físico que sea perceptible por nuestra vista. En este sentido la herramienta es la escucha atenta, el sonido, el silencio, el ritmo, tono y fluidez o no de la voz en el discurso así como la “preguntología” (habilidad de hacer preguntas que conduzcan a un darse cuenta) que utilizemos, nos darán los recursos fenomenológicos del contenido y el proceso.

Generalmente, como se menciona anteriormente; sea una Institución pública o un organismo privado, se comienza por solicitar el nombre del usuario. Una de las diferencias con el proceso de atención cara a cara es que el nombre puede ser sustituido por un seudónimo ó anónimo si así lo considera el usuario pues no está obligado a proporcionarlo generalmente. Ya sea privado o público, cada uno se maneja por sus propios métodos de intervención, solicitando desde el inicio la información para la “ficha de identificación” o sólo comenzando por nombre y teléfono. Lo más adecuado es comenzar con los datos mínimos, ya que el usuario hubo de movilizar algunos recursos y/o resistencias para atreverse a marcar para recibir apoyo y abrir a un extraño su problemática. El trato frío y estadístico nos cerraría las posibilidades de crear la burbuja terapéutica y continuar con un proceso.

Éste primer encuentro comienza desde que descuelgo el teléfono y me presento (“muy buenos días, soy..., en qué puedo ayudarle?”), cuidando la entonación de mi voz y del no transmitir un mecanicismo en dicha presentación como se usa en un servicio a clientes de cualquier actividad comercial. Es muy importante recordar que estamos tratando con una persona que seguramente presenta alguna dificultad y que estará muy atenta a lo que diga. Desde éste momento se procurará la construcción de la “burbuja terapéutica”, es decir que el usuario perciba que éste es su espacio, libre de juicios y señalamientos, donde puede ser quien realmente es. Siendo un espacio privilegiado para la relación horizontal.

Habrá que priorizar y tener un para qué de cada una de mis preguntas, de mi tono de voz, de lo que digo y cómo lo digo, del experimento. Sobretudo recordar que la situación manda, que lo que a mí me parece importante puede no serlo para el usuario; escuchar cuál es su demanda y plantear desde el principio que el experto en su vida es él mismo.

Si es una llamada subsecuente podemos empezar con un saludo, un ¿cómo estás el día de hoy?, se trata de romper el hielo. Comentar sobre algo pendiente y después irnos a la tarea: “la semana pasada hablamos sobre..., recuerdas que te pedí elaboraras/vivenciaras/escribieras... ¿puedes

comentarme al respecto?”. Sin embargo la situación manda y si el usuario abre desde el inicio una figura, trabajarla.

La voz es un instrumento fundamental del terapeuta gestalt, pero obviamente se vuelve imprescindible en la atención telefónica, cuidando de modularla para colaborar en el proceso del darse cuenta del usuario. La actitud del terapeuta (consultor) es muy importante, debe procurarse el ser genuino. Los límites de contacto/alejamiento se dan naturalmente sin predeterminarlo, es decir, fluyen sesión a sesión; manteniendo la atención focalizada y la atención flotante; estar en atención a lo que dice, cómo lo dice y al mismo tiempo ir decidiendo lo que diré o preguntaré que vaya facilitando su darse cuenta, ubicando al usuario en el ciclo de la experiencia para poder obtener a grandes rasgos líneas diagnósticas que me dicen el cómo de su ser y estar en el mundo.

Fase 2: Figura

Algunas veces la persona no suele abrirse fácilmente, podríamos ayudar a bajar la tensión relajándolo o utilizar el estrés como figura terapéutica. La mayoría de las veces ya llegan con la figura clara, algunas otras es necesario clarificar para salir de la confusión, es decir, sabe que algo pasa y que algo necesita pero no sabe ¿qué?. Podríamos utilizar un experimento para encontrar la figura:

Consultor: Te parecería bien que hiciéramos un ejercicio?

Usuario: Si, está bien.

C: Por favor, cierra tus ojos.

U: Listo

C: Te voy a pedir que te pongas en contacto con tu respirar. Fíjate bien cómo inhalas y exhalas. Respira ahora más lento y profundo, inflando suavemente tu vientre al inhalar y desinflando al exhalar. A cada respiración estás más en contacto contigo, con tu ser interior, con tus sensaciones y emociones.

¿Qué sensación descubres en éste momento?

U: Mmm... pesadez

C: ¿A qué crees que se deba?

U: ...es porque acabo de comer.

C: ¿Qué otra sensación descubres en ti?

U: Tengo un poco tensa la mandíbula

C: ¿Esto te ocurre con frecuencia?

U: Si

C: ¿En qué ocasiones?

U: No lo sé, tal vez cuando estoy nerviosa

C: Concéntrate en tu mandíbula. Si tu mandíbula tuviera voz y entendimiento, ¿qué imaginas que estaría diciendo?

U: Que necesito relajarme

C: ¿Qué más diría?

U: Posiblemente que hay algo que no deajo salir

C: ¿A qué se estaría refiriendo tu mandíbula?

U: A una tensión

C: Concéntrate en tu mandíbula y visualiza que toda tú eres tensión. Vas a decir la frase "soy la tensión de la mandíbula de "Laura" y descríbete ¿cómo eres?

U: "Soy la tensión de la mandíbula de Laura" y soy gruesa, oscura... fuerte

C: ¿Qué haces ahí?

U: Obstaculizando el movimiento

C: ¿Para qué obstaculizas el movimiento, qué ganas con eso?

U: Que se sienta mal, que le duela (llora y nos señala un subrayado fenomenológico)

C: Escucho que lloras

U: ...SI (silencio)

C: ¿Qué pasaría con Laura sino obstaculizaras el movimiento?

U: La dejaría libre

C: ¿Cuándo apareciste, en qué momento, qué situación?

U: Aparezco cuando hay enojo

C: ¿Habría una relación que sientes entre tu enojo y la tensión que sientes?

U: Sí.

C: Por favor repite la frase “lo que me enoja es... y estoy enojada con...”

En el anterior experimento pudimos alcanzar a clarificar la figura, sin embargo, el experimento puede estar en las cuatro fases (burbuja, figura, experimento, cierre), aunque su lugar en sí está en la 3.

Hay 3 pasos para encontrar la figura:

1-Sensaciones físicas

2-Estado de ánimo

3-¿Qué necesitas?

Fase 3: Experimento

Experimento se refiere a una dinámica o ejercicio. En gestalt se hace alusión a lo experimental, que aquí llamamos vivencial o experiencial. No es un ensayo,

no queremos que el usuario ensaye, queremos que tenga la vivencia. Éste experimento no es para probar o desaprobar una hipótesis, no es en el sentido de laboratorio con variables de control y observar conductas, etc. El experimentar es también para el consultor. El objetivo fundamental de todo experimento es aumentar, avivar el darse cuenta.

Como se ha mencionado anteriormente, el experimento puede aparecer en cualquiera de las 4 fases, aunque el propósito es diferente en cada una de ellas. En la fase 1, tiene como propósito establecer la burbuja terapéutica, en la fase 2, encontrar la figura terapéutica; en la fase 3 es de hecho el lugar específico del experimento para colaborar en el proceso del darse cuenta del usuario y en la 4 ayuda al cierre de la sesión. El experimento siempre tiene una finalidad, creando condiciones para el trabajo terapéutico de las vivencias (artificiales por ser creadas por consultor y usuario). Por ejemplo: “Ahora te voy a pedir que imagines que está frente a ti (la persona con quien tiene el conflicto), observa su rostro, cómo está vestido y cómo está atento a ti,. ¿Qué quisieras decirle en éste momento?...directamente, hablando en tiempo presente”.

En el experimento la duración es más breve y la intensidad es mayor que en la realidad, lo cual no siempre es posible. Es sumamente importante hacer una evaluación general de su estado de salud física y mental antes de decidir el experimento y tomando en cuenta la necesidad del usuario. Jamás hacer una intervención donde se ponga en riesgo la integridad física y mental del usuario. Es decir, si sabemos que la situación mental del usuario es sumamente inestable para enfrentarse, por ejemplo a vivenciar nuevamente una situación dolorosa, no elegir la opción de presentificar el hecho. Si se ha evaluado y es factible el experimento, recordar que estamos físicamente alejados del paciente, considerar que algunas veces, utilizando los servicios 800, pueden hasta llamarnos de una caseta telefónica. Nuestra finalidad, es colaborar en la búsqueda de la homeostasis, no dañar dicha estabilidad.

Es importante resaltar que dado el enfoque que se maneja en general en los servicios de atención telefónica, el cual es breve; es necesaria la confrontación y ser un poco más directivos, cuidando los lineamientos de la institución u

organización y los estatutos de código ético del psicólogo que también aplica por ésta vía.

Hay tres **etapas** que no pueden faltar en un **experimento**:

I: Preparación

Se refiere a procurar poner en contacto con su respirar, con sus sensaciones, emociones, etc. Por ejemplo, comenzando con una relajación

II: Acción

“Imagina que...habla con él...despídete...dile...visualiza...”

Perls, (1948), afirmaba que la etapa II es una acción psicodramática con tres niveles:

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| 1.- Sólo lo imagina | “Imagina que lo vez...” |
| 2.- Lo habla | “Dile que...” |
| 3.- Lo actúa | “Levántate y dale un abrazo...” |

III: Retroalimentación

“Cómo te sientes, qué sensación, emoción te produce, qué te deja éste trabajo, de qué te das cuenta, con qué te quedas?”

Fase 4: Cierre

En la fase de cierre implica hacer la retroalimentación de lo trabajado con preguntas como: qué te deja la sesión, qué aprendes de ésta experiencia? Muy importante es que “no se vaya abierto”, es decir la figura que se trabajó pueda elaborarse hasta un punto donde la homeostasis del paciente esté recuperada como para funcionar. Muy probablemente una figura no necesite sólo una intervención, sin embargo es cuando lo que comuniquemos en el encuadre le

haga saber al usuario que se sigue trabajando en la sesión y con las tareas que se dejan por hacer; que procure comprender que hay situaciones que han llevado su tiempo para encontrarse ahora en ésta circunstancia y que la labor se continua aun después de la sesión con el compromiso de él mismo con su trabajo terapéutico.

Si el usuario desea abrir algo que parece una figura importante al final de la sesión, se le puede comunicar que no es benéfico abrir algo tan importante para él, que no podría trabajarse superficialmente y que es más recomendable lo trabajemos en la siguiente sesión.

“... es necesario facilitar el cierre de la necesidad prioritaria o figura para respetar la sabiduría del organismo, sólo que esta sabiduría puede estar bloqueada por cantidades de eventos educacionales, sociales o culturales (introyectos o resistencias), prostituyendo la acción que conduce a la evolución del individuo. La resistencia es el resultado de la interrupción del fluir de la energía.” (Salama, 2002).

En la fase de cierre se le invita al usuario a hacer alguna tarea que pueda seguir colaborando en su darse cuenta, mencionando que no se trata de obtener una calificación o que no es bueno o malo si lo hace o no ya que aunque no lo haya hecho, nos sigue proporcionando información de su modo de ser y estar en el mundo. Por ejemplo: completar la frase “lo que me enoja de ti es...”. Dedicar el doble de tiempo al bañarse y poner todos sus sentidos en las sensaciones para que después pueda describir la vivencia. Hacer una carta de despedida a la persona con la que se tiene un asunto pendiente (la cual no se entrega, se destruye), por lo regular en casos de duelo no trabajado. Escribir frases “ahora me doy cuenta de...” en el transcurso del día y que después pueda comentarlas en la sesión. Cambiar alguna frase introyectada, por ejemplo un “debo” a un “quiero” y escribir de qué se da cuenta. Expresar su enojo rayando una libreta, escribiendo y destruyendo, etc. Si no lo hace ya en sesión poder preguntar un “qué está evitando” ò “ahora me doy cuenta que no me doy cuenta de...”. Todo esto sigue siendo material para trabajar en la sesión y colabora en su proceso.

A continuación algunas sugerencias de experimentos para la sesión telefónica o como tarea subsecuente:

- Si acostumbra suprimir gestos, pedirle que los exagere
- En una situación de miedo a hablar en público, vivenciar con postura, tono de voz, actitudes que está en público y sí puede hablar fluido y seguro e irlo describiendo, poniendo atención a su darse cuenta. El miedo puede ser sustituido por cualquier otro.
- Realizar un dibujo de trazos con mano no dominante para trabajar polaridades, que lo describa (ayudando a minimizar la interpretación, avivando la obiedad) y obteniendo información. Podemos manejarlo como con los sueños (se revisará más adelante).
- Pedirle encienda con precaución una vela y ponga toda su atención en la llama, quedarse ahí algunos minutos (1 ó 2 al teléfono, en casa 5 o un poco más). Con ello se procura educar en la atención focalizada y poder estar donde está su atención. Además en algunas ocasiones nos dará información de su emocionalidad y/o sensaciones con lo que podemos trabajar para seguir incrementando su darse cuenta.
- Enseñarle a respirar profundo enviando (al inhalar) el oxígeno al abdomen y vaciándolo sutilmente al exhalar. Se realiza por la nariz y se le pide poner atención a su respiración. Que observe su ritmo, cómo se mueve y tal vez que visualice lo que sucede en su cuerpo. Después poder entablar un “diálogo” con las sensaciones que descubrió: “si tu dolor en el cuello tuviera voz y entendimiento, ¿qué le dirías?, desde cuándo está ahí, qué le pedirías, cuándo aparece, puedes liberarlo? “
- Presentificar algún suceso importante e irlo llevando a que exprese su emoción y su necesidad: “Imagina que está frente a ti, ahora puede escucharte, ahora puedes irte, moverte, protegerte, decirle lo que quieres, necesitas, etc.” Este ejercicio no es para tarea.
- Escribir una carta a la persona significativa donde pueda expresar absolutamente todo lo que quiera decirle, procurando que finalmente sea

una carta de despido y de perdón. La carta no se entrega, se destruye. Preguntarle ¿de qué se da cuenta, qué sintió, etc.?

- Cuando haya identificado algún o algunos introyectos, que cierre sus ojos, se concentre en ese lugar y recree mentalmente la situación, teniendo la oportunidad de regresar la frase, por ejemplo: la frase “eres un inútil, es tuya y te la devuelvo”
- Si en algún momento comparte un sueño, pedirle que lo describa y que luego sea él mismo parte del sueño, hablando en tiempo presente, por ejemplo: “soy la carretera y soy..., soy el carro y soy, pienso, quiero, etc.”. La interpretación del mismo la hará el propio usuario.
- Pedirle con anticipación que traiga a la llamada un trozo de fruta, chocolate, galleta o lo que prefiera. Pedirle cierre los ojos, que lo toque con ambas manos, utilizando un tono de voz suave y lento. Continuar pidiéndole que lo acerque a su nariz, poniendo toda su atención al aroma. Después de algunos segundos pedirle que lo acerque a los labios y poco a poco comience abrir su boca, ahora tocando los dientes, después con la lengua. Que observe qué sucede con su saliva dando un lento mordisco. Ahora ese pequeño trozo en un vaivén por toda su cavidad bucal, en una especie de danza, que lo muerda y finalmente pueda deglutirlo. Trabajamos de qué se da cuenta y la atención a sus sensaciones, además de seguir educando el estar plenamente donde está su atención sólo en esa actividad.
- Se puede no cerrar los ojos y fijar su mirada en un solo punto pues algunas veces se marean o les es incómodo (excepto para visualización guiada).
- Pedirle cierre los ojos, llevarlo al contacto con su respiración poniendo toda su atención a su ritmo. Pedirle imagine está caminando por una vereda, rodeado de árboles altos, donde descubre diferentes tonos del verde, que observe qué más hay y que sienta el crujir de las hojas secas en el piso, así como el viento en su cabello (crear atmósfera). Describir un claro donde alcanza a escuchar agua corriendo, que siga el sonido

hasta encontrar un río. Que observe cómo es, y que note que algunas partes son más rápidas y más profundas que otras, que algunas otras cambian de tono, describirle el lugar. Ahora su atención está en una bicicleta recargada en un árbol frondoso. Pedirle que elija si sigue con la bicicleta su camino o si se deja fluir con el río, aventándose al agua. Dejarlo un minuto en silencio y regresarlo a éste momento presente, en éste lugar, hablando por teléfono, vestido de esta forma, etc. Pedirle que dé dos respiraciones profundas y que abra los ojos en cuanto lo decida, avisándonos en cuanto lo haga. En la retroalimentación podemos obtener información importante y tal vez descubrir alguna figura o un asunto inconcluso, un miedo, una felicidad, etc. Finalmente preguntar cómo se siente y con qué se queda.

- Pedirle cierre los ojos, haga contacto con su respirar y que imagine que está en un lugar muy agradable, que observe qué colores descubre, qué formas, qué texturas. Ahora que trate de soltar cualquier tensión que detecte en su cuerpo, y que está cada vez más ligero, tan ligero como un papalote, que es ahora un papalote. Que sienta cómo el viento fluye con él y él con el viento. Que observe qué ve desde arriba y que simplemente se deje fluir, ligero, seguro y libre. Dejarlo un minuto o dos en silencio. Regresarle al momento presente y hacer la retroalimentación de su vivencia.
- Pedirle evite etiquetas negativas y las transforme en positivas en el transcurso de todo el día estando atento a lo que dice y cómo lo dice. Por ejemplo: “soy muy impaciente” a “cada vez soy más paciente” o “no puedo dejarlo, lo necesito” a “cada vez dependo menos de él”.
- Sugerirle evite la interpretación y utilice la descripción y la obviedad.
- Invitarle a expresarse en primera persona: “uno siente...” a “yo siento...”, “me hace enojar-yo me enojo”

REGISTRO Y FORMATOS

Cada sesión debe llevar un registro donde se especifica lo trabajado y en qué se seguirá trabajando. Antes de la llamada acordada, se debe revisar el registro para recordar los puntos anteriores. Los formatos que se utilizan son los siguientes:

FORMA I-A

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Edad: Edo. Civil: Teléfono:

Fecha: Hora:

Estatus del caso: Folio:

FORMA I-B

FICHA INICIAL DE EVALUACIÓN

Motivo Textual del usuario:

Exploración de la problemática:

Estado Mental:

Diagnóstico Provisional:

Plan o Acción:

FORMA II

LLAMADA SUBSECUENTE

Acción:

Encuadre:

A continuación, la explicación de cada uno de los puntos de los formatos antes mencionados.

FORMA I-A:

En la Ficha de Identificación se encontrarán los datos que nos permitan identificar por nombre y/o folio al usuario. No es necesario en general el nombre real, puede usar un seudónimo y nosotros invitar a no usar el anonimato. Esto nos facilita el contacto directo y personalizado en la llamada.

La parte que se refiere al Estatus del Caso engloba dos incisos:

- a) En Proceso: aplica cuando el caso se seguirá trabajando en subsecuentes ocasiones y sigue abierto.
- b) Cerrado: Cuando se ha trabajado en un enfoque breve vía telefónica, cumpliendo los objetivos y se puede cerrar. Cuando el usuario determina que es suficiente y se cierra el caso, puede ser en la primera ocasión o en cualquiera subsecuente. Cuando el usuario no vuelve a llamar.

Respecto al último punto, si el usuario no vuelve a llamar y contamos con su número telefónico, es conveniente hacer una llamada de seguimiento y poder cerrar en forma; dejando la posibilidad de recibir el servicio en otra ocasión.

FORMA I-B

En la parte de exploración trataremos de obtener información de la presencia del problema, a partir de cuándo, si hubo algún disparador, información sobre su sistema o redes de apoyo. Igualmente explorar si está tomando algún medicamento, tratamientos anteriores psicológicos o psiquiátricos, etc.

Respecto al Examen Mental, tomar en cuenta lo que generalmente se evalúa: discurso, pensamiento, orientación, etc. Aquí es una parte importante la exploración sobre el proceso suicida: ideación, planeación, conducta motora, aviso y suicidio en proceso.

El Diagnóstico provisional nos lo proporcionará el Ciclo de la Experiencia, ubicando sus áreas conflictuadas y las libres de conflicto para tener presentes sus bloqueos y áreas de oportunidad.

Plan o Acción: Se especifica lo trabajado en la llamada. El subrayado fenomenológico. Lo que se deja de tarea, la fecha del siguiente contacto.

Se deja el encuadre especificado.

FORMA II

La Forma II, es para reportar lo trabajado en la llamada. Identificando el subrayado fenomenológico, el o los experimentos, la revisión de la o las tareas. Trabajar la retroalimentación y acordar la siguiente sesión (fecha y hora).

CONCLUSIONES

La Asociación Psicológica Americana (APA, 1998), afirma que la terapia puede ayudar a mejorar el estado de salud general de una persona y que cada vez más las investigaciones respaldan la idea de que la salud emocional y física están muy estrechamente relacionadas. Lo anterior corrobora la importancia de la atención profesional psicológica y el sustento de la visión holista del ser humano.

Afortunadamente en México existen espacios públicos o privados en donde es posible obtener un apoyo emocional en los peores momentos. Las ventajas del medio telefónico como evitar desplazamientos, costos y la oportunidad de intervenir en el momento más cercano a un evento de crisis, son, entre otros, invaluableles.

El Manual de Procedimiento Terapéutico con enfoque en Terapia Gestalt es una propuesta para el manejo profesional de la intervención por teléfono. El papel de la línea telefónica ha sido destacado en las pocas pero importantes investigaciones al respecto.

La Terapia Gestalt es un enfoque que puede ser llevado a cabo por éste medio de comunicación ya que la relación horizontal, la burbuja terapéutica, el experimento y el darse cuenta no sólo se expresa y se trabaja frente a frente; a distancia los beneficios son los mismos.

Me parece importante destacar que el enfoque propuesto, como hemos revisado, no sólo es catártico como hace tiempo se catalogó. Como es evidente, hay opiniones en contra y a favor; sin embargo el conocimiento no es agotable afortunadamente y la Terapia Gestalt es sólo parte de un mundo de posibilidades.

Una de las ventajas del presente manual para el psicólogo, es la facilidad de contar en un solo documento con la información y el procedimiento para una sesión o un proceso terapéutico por teléfono. Sin embargo el manual sólo por si mismo no es útil ni funcional si no se ha revisado la parte teórica-metodológica pues es su fundamento.

Otra ventaja tanto para el usuario como para el facilitador gestáltico telefónico es que se estimula la descripción, dejando de lado la interpretación. En la sesión como en las tareas, parte importante es que nos vaya describiendo lo que siente, lo que ve, lo que hace y cómo lo hace y esto finalmente abre directamente el aprendizaje de la obviada y del estar en el momento presente, ambas, parte de los objetivos de la terapia gestalt.

Igual de importante es la posibilidad de evitar desplazamientos para obtener un apoyo emocional, psicológico. La facilidad de levantar la bocina, estando en la comodidad de su casa, en su ambiente o la fortuna de poder hacer uso de los números 800 gratuitos desde cualquier caseta telefónica y tener a la mano, en el momento más difícil una escucha atenta, un verdadero apoyo profesional.

Por último, es indispensable recordar que la frase “predicar con el ejemplo” es casi una regla pues si yo no experimento y no practico el “vivir gestálticamente”, difícilmente podría aportarlo en las sesiones a un tercero, difícilmente podría transmitir la importancia al momento presente, el darme cuenta, etc.

Es importante destacar que el trabajo que desarrolla el psicólogo en la salud a distancia aporta beneficios sociales, económicos y personales entre otros; al ser receptor de primer contacto con la persona que pasa por un momento difícil y que puede coadyuvar en la aparición de patologías más severas que acarrear costos aún mayores.

Para el psicólogo puede representar un crecimiento personal y profesional, ya que al teléfono se encuentra con gran variedad de problemáticas, lo que amplía y enriquece su bagaje experiencial y de conocimiento.

APENDICE I: Test Psicodiagnòstico Gestalt de Hèctor Salama

T P G

Instrucciones: Marque con una X la respuesta que considere correcta.

NOMBRE: _____

EDAD: _____ SEXO _____

		SI	NO
1	Yo soy insensible		
2	Soy feliz como soy		
3	Cuando algo me disgusta lo digo		
4	Me molesta que me vean llorar		
5	Soy emocional pero me aguanto		
6	Me desagrada hacer siempre lo mismo que los demás		
7	Me es imposible dejar de ser como soy		
8	Evito culpar a los demás si me siento mal		
9	Siempre termino lo que empiezo		
10	Me siento culpable si culpo a los demás		
11	Debo evitar mostrar mi enojo		
12	Me abstengo de discutir		
13	Hago lo que los demás quieren aunque me disguste		
14	Me disgusta pensar, sentir o hacer lo mismo mucho tiempo		
15	Me gusta aprender cosas nuevas		
16	Dejo las cosas para después		
17	Expreso lo que me molesta		
18	Evito sentir		
19	Sería feliz si no fuera por los demás		
20	Soy constante en mi inconstancia		
21	Hago lo que quiero a pesar de que me digan lo contrario		
22	Siempre estoy de acuerdo con los demás		
23	Soy capaz de dejar de tener una idea fija		
24	Evito enfrentar		
25	Me disgusta evitar lo inevitable		
26	Me gusta sentir		
27	Evito manifestar lo que me molesta		
28	Evito dejar para mañana lo que puedo hacer hoy		
29	Me abstengo de culpar a los demás si fracaso		
30	A veces dejo las cosas para después		
31	Me disgusta que me digan lo que tengo que hacer		
32	Me es imposible dejar de pensar en lo que ya pasó		
33	Soy como me enseñaron que debo ser		
34	Defiendo mis opiniones		
35	Debo hacer lo que los demás quieren		
36	Soy sensible		
37	Me desagrada terminar lo que empiezo		
38	Expreso lo que me disgusta		
39	Estaría bien si no fuera por los demás		
40	Me siento mal cuando me presionan		

EJE / VALOR

- 1/5 AUTOESTIMA | AMOR:
- 2/6 HONESTIDAD | %
- 3/7 RESPONSABILIDAD | %
- 4/8 RESPETO | %

PARTES:

- 1. ~~ACTIVA~~ | TOP DOG | CONMIGO: _____
- 2. ~~ACTIVA~~ | UNDER DOG | CON EL MUNDO: _____

ZONAS:

- I. INTERNA | SENTIR | SENSACION: _____
- II. INTERMEDIA o FANTASIA | PENSAR | REFLEXION: _____
- III. EXTERNA | ACTUAR | CONCIENCIA: _____
- IV. DE RELACION | APRENDER | EXPERIENCIA: _____

FAMILIOGRAMA:



NOMBRE: _____
 FECHA: _____

1	REPOSO	VALORACION								TEMOR	MENSAJES	NECESIDAD
		9 - SI	16 - NO	28 - SI	37 - NO	BLOQUEO	RETENCION	A TRIUNFAR	NO MERECE			
2	SENSACION	1 - NO	18 - NO	26 - SI	36 - SI	DESENSIBILIZACION		A SUFRIR	NO TE AMARAN	PLACER		
3	FORMACION DE FIGURA	8 - SI	19 - NO	29 - SI	39 - NO	PROYECCION		AL CASTIGO	TE DAÑARAN	RECONOCIMIENTO		
4	MOVILIZACION DE ENERGIA	2 - SI	11 - NO	21 - SI	33 - NO	INTROYECCION		AL RECHAZO	TE RECHAZARAN	ACEPTACION		
5	ACCION	4 - NO	17 - SI	27 - NO	38 - SI	RETROFLEXION		A PROPIA AGRESION	NO ACTUES	EXPRESION		
6	PRECONTACTO	3 - SI	12 - NO	24 - NO	34 - SI	DEFLEXION		A ENFRENTAR	NO ENFRENTERES	IDENTIFICACION		
7	CONTACTO	6 - SI	13 - NO	22 - NO	31 - SI	CONFLUENCIA		AL ABANDONO	TE DEJARAN	PERTENENCIA		
8	POSTCONTACTO	7 - NO	14 - SI	23 - SI	32 - NO	FUJACION		A SER LIBRE	ESTARAS SOLO	INDEPENENCIA		

1	PORTE:	
2	ZONA:	
3	BASE:	
4	EJE:	
5	TRASTORNO:	
6	TEMOR:	
7	VALOR:	
8		

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) “China abrirá líneas telefónicas directas de ayuda psicológica en principales ciudades”. Extraído el 22 de agosto del 2008 en:
<http://spanish.peopledaily.com.cn/31614/6482000.html>
- 2) “Los costos del mal dormir”. Obtenido el 17 de julio de 2008 en:
http://www.cnnexpansion.com/lifestyle/los-costos-de-mal-dormir/uno-de-cada-tres-adultos-tiene-insomnio/print_folder
- 3) “Teléfono”. Consultado el 3 de septiembre del 2008 en:
<http://es.wikipedia.org/wiki/Tel%C3%A9fono>
- 4) “The Lancet Global Mental Health Series”, OIT, 2002. Obtenido el 12 de febrero del 2008 en: <http://www.ilo.org/Search3/searchOnFast.do>
- 5) Aguilera y Messik. (1994). Control de los conflictos emocionales (2da. Edición). México: Interamericana.
- 6) APA. American Psychological Association. Obtenido el 11 de febrero de 2009 en: <http://www.apa.org/about/>
- 7) Baumgardner P. (2006). Terapia Gestalt, su aplicación (2da. Edición). México: Pax, pp. 19.
- 8) Bellack S. (1975). Psicoterapia breve y de Emergencia (1ª. Edición). México: Pax.
- 9) Bermejo (1999). Eficacia y aplicación de la Terapia Cognitivo Conductual vía Internet. España: Elbos, Alicante. Obtenido el 28 de mayo de 2008 en: <http://www.cop.es/colegiados/pv04735/articulos/efectividadinet.htm>
- 10) Bustos, M y Acosta R. (1989). Sistema de Apoyo Psicológico por teléfono “Motivo de Consulta”. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología México: UNAM
- 11) Castanedo C. (1997). Terapia Gestalt (1ª. Edición). Barcelona: Editorial Herder.
- 12) Deshimaru, T. (1979). La práctica del Zen y cuatro textos canónicos Zen. Barcelona: Kairos.
- 13) Desjarlais R., Eisenberg I., Good B and Kleiman A. (1995). Problems and Priorities in low-income countries, world mental health, New York: Oxford University Press.

- 14) Edmund Husserl". Obtenido el 25 de septiembre de 2008 en:
http://es.wikipedia.org/wiki/Edmund_Husserl
- 15) Erving y Miriam Polster. (2005). *Terapia Gestáltica* (7ª. Edición). Buenos Aires: Amorrortu Editores
- 16) Fagan, J. & Shepherd, I. (2005). *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Gestáltica* (7a. Edición). Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- 17) *Fear and Trembling*, Garden City New York, Double Day and Company, Inc. 1954, pág 262
- 18) Freud, S. *Obras Completas*. Tomo I. Cap. VI. "Estudios sobre la histeria". España: Biblioteca Nueva.
- 19) Gabriel y Limatainen (2000). *Health in the workplace*. OIT, 2000. Obtenido el 20 de septiembre del 2008 en:
http://www.ilo.org/global/About_the_ILO/Media_and_public_information/Press_releases/lang--es/WCMS_008592/index.htm
- 20) García De León, Verónica, 2005, *Revista EXPANSIÓN*, 4-18 de Mayo, pág. 183-188
- 21) Harvard Mental Health Letter, 2005, Long Distance Psychotherapy. Extraído el 25 de diciembre del 2007 en: www.health.harvard.edu
- 22) ICAS. "Working better together". Obtenido el 1 de octubre de 2008 en:
<http://www.icasworld.com/>
- 23) IFOTES." International Federation of Telephone Emergency Services" Obtenido el 12 de septiembre del 2008 en:
<http://www.ifotes.org/welcome.html>.
- 24) INEGI, 2000, 2005. Obtenido el 12 de febrero de 2008 en:
<http://www.inegi.org.mx/inegi/default.aspx>
- 25) Kolb C. (1976). *Psiquiatría Clínica Moderna* (5ta. Edición). México: La Prensa Mexicana.
- 26) Latner, J. (1999). *Fundamentos de la Terapia Gestalt* (2da. Edición). Chile: Cuatro Vientos
- 27) Lezama, J. (2007). Obtenido el 12 de abril de 2008 en:
<http://www.gruporeforma.com/libre/acceso/acceso.htm?urlredirect=http://www.reforma.com/libre/acceso/acceso.htm?urlredirect=http://www.reforma.com/parseo/printpage.asp?pagetoprint=../editoriales/nacional/403/804640/default.shtm&subcategoraid=13&categoraid=6>
- 28) Loffler, D. (2007, Octubre). *Proyección de Capital Humano. Presentismo*, pp.32-36.

- 29) Medina Mora, G. Borgues, C. Lara, C. Benjet, J. Blanco, C. Fielz, J. Villatoro, E. Rojas, J. Zambrano, L. Casanova, S. Aguilar. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental. 2003; 26 (4):1-16. En: <http://www.inprf.org.mx>
- 30) Naranjo, C. (2004). Gestalt de Vanguardia (1a. edición). México: Lumen.
- 31) Nuevas tecnologías, internet y psicología clínica. Disponible en: <http://paboni.obolog.com/nuevas-tecnologias-internet-psicologia-clinica-219396>
- 32) OIT. Organización Internacional del Trabajo. "Monografía sobre salud mental en el Trabajo". Obtenido el 17 de abril del 2008 en: <http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm>
- 33) OMS, 2002, 2007. "Mental Health/The bare facts". Obtenido el 16 agosto en: http://www.who.int/mental_health/en/
- 34) PEF. Presupuesto de Egresos de la Federación, 2006. Obtenido el 15 de mayo del 2008 en: <http://www.cefp.gob.mx/intr/edocumentos/pdf/cefp/cefp0502005.pdf>
- 35) Perls. S (1948). Teoría y Técnica de Integración de la Personalidad. American Journal of Psychotherapy, vol.2, No. 4, octubre 1948, pp. 565-586.
- 36) Perls. S (1969). Gestalt Therapy Verbatim. Moab, Utah: Real People Press.
- 37) Portuondo y Tamames. Psicoterapia, gestáltica y psicoanalítica, Madrid, 1979. Editorial Oyauri S.A
- 38) Preidt. R (2007). "Terapia telefónica alivia la depresión a largo plazo". Obtenida el 15 de mayo del 2008 en: <https://healthlibrary.epnet.com/GetContent.aspx?token=c5987b1e-add7-403a-b817-b3efe6109265&chunkid=191969>.
- 39) Prince (2008), Institute of Psychiatry, King's College London, UK. "The Lancet Global Mental Health Series". Organización Mundial de la Salud, 2008
- 40) Puente, F., A. Aguilar, R. Bueno, A. Gaitán, J. Ramos, L. Bustos. Sistemas de Salud y Medicina a Distancia SAPTEL-SI MEDICA TEL. México 2007. Consejo Regional Latinoamericano y del Caribe de Salud Mental A.C.

- 41) Rosenfeld E. (1977). An Interview con Laura Perls. Obtenido el 12 de octubre de 2008 en: <http://www.gestalt.org/perlsint.htm>
- 42) Salama H. (2002). Psicoterapia Gestalt, Proceso y Metodología (4ta. Edición). México: Alfa Omega.
- 43) Salama H. (2004). Gestalt de Persona a Persona (3ra. Edición). México: Alfa Omega.
- 44) Secretaría del Trabajo y Previsión Social. Norma 30. Obtenido el 25 agosto del 2008 en :
<http://www.stps.gob.mx/DGSST/terparte/CONVOCATORIA%20UV%20D OF-230508.pdf>
- 45) Sinay, S. y Blasberg, P. (2002). Gestalt para principiantes. Buenos Aires: Era Naciente.
- 46) Slaikeu, K. (1996). Intervención en crisis: Manual para práctica e investigación (2da edición). Santa Fe de Bogotá, Colombia: Manual Moderno.
- 47) Teléfono de la Esperanza. Obtenido el 19 de abril de 2008 en:
<http://www.telefonodelaesperanza.org/>
- 48) Yontef, G. (2003). Proceso y Dialogo en Psicoterapia Gestalt (4ta. Edición). Santiago de Chile: Cuatro Vientos.

GLOSARIO

Adaptación aloplástica: es cuando espero que el medio se adapte a mis necesidades, que sea un reflejo de mis intereses y necesidades.

Adaptación autoplástica: es plegarme a las necesidades e intereses de otros, olvidándome de los míos “soy como tú me quieras.

Ajuste Creativo: Es solucionar un conflicto desde un planteamiento de equidad. Implica interrelación, contacto, negociación, acuerdo, consenso; reconociendo el principio de horizontalidad

Alternativa de la nada: caracterizada por la ausencia o disminución de los hábitos de auto-conciencia, por la poca dedicación activa al mundo para lograr los objetivos escogidos, por la cesación de los esfuerzos para alcanzar una vida satisfactoria y en consecuencia, por la presencia en cantidades excesivas de ansiedad, culpa y agresividad.

Alternativa de transformarse: interacción intencional y afirmativa con otras personas y con el mundo natural, en un esfuerzo continuo por vivir una vida satisfactoria, con sentido y libre de carga excesiva de ansiedad, culpa o cólera.

Aquí y ahora: es una forma de vivenciar; es el proceso de estar en contacto, alerta con la situación más importante en el campo ambiente/individuo, con un total apoyo sensoriomotor, emocional, cognitivo, energético.

Autointerrupciones: bloqueos de energía en el ciclo de la experiencia.

Autorregulación orgánica: Apenas una tarea se completa y concluye, ésta retrocede al fondo y permite que emerja hasta el primer plano, la que ahora se ha vuelto más importante.

Awarenes: o “darse cuenta”, hace referencia a una clase particular de experiencia inmediata.

Comorbilidad: La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la comorbilidad o diagnóstico dual como la coexistencia en el mismo individuo de un trastorno inducido por el consumo de una sustancia psicoactiva y de un trastorno psiquiátrico (OMS, 1995). En otras palabras, la comorbilidad en este contexto se refiere a la coexistencia temporal de dos o más trastornos psiquiátricos o de personalidad, uno de los cuales se deriva del consumo problemático de sustancias.

Conciencia de enfermedad: Instancia yoica de comprender que algo malo le está pasando al individuo y no sabe cómo resolverlo. La conciencia de enfermedad está relacionada con el juicio de realidad. A mayor distorsión corresponde mayor enfermedad y a mayor negación, menor conciencia de enfermedad.

Contactar: es el proceso completo de reconocerse a sí mismo y al otro, moviéndose hacia una conexión/fusión y también hacia una separación/alejamiento. El contacto es el proceso básico de la relación. Significa apreciar las diferencias entre sí mismo y el otro.

- El efecto de éstos trastornos o enfermedades adicionales

Existencialismo: es un movimiento filosófico cuyo postulado fundamental es que son los seres humanos, en forma individual, los que crean el significado y la esencia de sus vidas. La corriente, de manera general, destaca el hecho de la libertad y la temporalidad del hombre, de su *existencia* en el mundo más que de su supuesta *esencia* profunda. Emergió como movimiento en el siglo XX, en el marco de la literatura y la filosofía, heredando algunos de los argumentos de filósofos anteriores como Schopenhauer, Kierkegaard, Nietzsche y Unamuno.

Experienciar: Sinónimo de vivenciar, de experiencia y/o vivencia.

Fenomenología: (del griego φαινομαι, *fainomai*, "mostrarse" o "aparecer", y λογος, *logos*, "razón" o "explicación") es un método filosófico que procede a partir del análisis intuitivo de los objetos tal como son dados a la conciencia cognoscente, a partir de lo cual busca inferir los rasgos esenciales de la experiencia y lo experimentado.

Figura-Fondo: Se refiere a la distinción que surge en todo proceso perceptivo entre lo que está en primer plano o relieve, llamado figura, y el ambiente en que se encuentra, el fondo.

Friedrich Salomon Perls (8 de julio de 1893, Berlín, Alemania - 14 de marzo de 1970 Chicago, EE. UU.) Conocido como Fritz Perls, médico neuropsiquiatra y psicoanalista, fue el creador, junto con su esposa, Laura Perls, de la Terapia Gestalt.

Gestalt: palabra de origen indogermánico que significa figura o necesidad

Gestalten: plural de gestalt

Holismo: del griego *holos* que significa «todo», «entero», «total»

Impasse: El impasse existencial es una situación donde no se ve próximo ningún apoyo ambiental y el paciente es, o cree ser, incapaz de enfrentar la vida por sí mismo.

Insight: es la clara comprensión de la estructura de la situación estudiada. La comprensión súbita de una situación o problema.

introyectos: son solubles a la conciencia, dado que ésta destruye el automatismo propio de aquellos. Es difícil ya que los mensajes introyectados cuentan con una base afectiva sólida y añeja relacionada con personas significativas de nuestro desarrollo.

Personalidad: en terapia Gestalt serían los patrones de necesidades y patrones de autointerrupciones que se combinan para dar el modo de ser y actuar en el mundo de una persona

PIB: También se lo denomina Producto Bruto Interno (PBI). El PIB es el valor monetario de los bienes y servicios finales producidos por una economía en un período determinado. Producto se refiere a valor agregado; interno se refiere a que es la producción dentro de las fronteras de una economía; y bruto se refiere a que no se contabilizan la variación de inventarios ni las depreciaciones o apreciaciones de capital.

Presentificar: hacerlo presente. Consiste en traer aquí y ahora ése recuerdo, narrándolo en primera persona, como si estuviese ocurriendo en éste momento.

Presentismo: estar físicamente presentes en el lugar de trabajo pero con la atención y concentración dispersa por motivos emocionales

Principio de autorregulación del organismo: que es un proceso que afirma que el organismo lucha por mantener un equilibrio que continuamente es alterado por sus necesidades y recuperado por su satisfacción o su eliminación.

Principio de Contemporaneidad de Lewin: Establece que todo lo que produce un efecto está presente en el aquí y ahora. Sólo hechos presentes pueden producir conductas y experiencias presentes.

Proceso figura-fondo: el proceso formación y destrucción o eliminación de figura/necesidad. Significa que la persona no puede seguir adelante hasta haber completado cualquier cosa que experimente como incompleta en su vida. Se interesará en ella hasta que haya liquidado la experiencia a satisfacción.

Regulación deberista: se basa en deberías introyectados e introyecciones. Los deberías son afirmaciones “obligatorias” que dicen al individuo cómo regular su conducta por medio de normas externas, aisladas de las necesidades orgánicas y de la ponderación de las prioridades internas.

Relación Dialogal: es una forma especializada del contacto mutuo. La figura es la interacción con la otra persona como persona.

Relación yo-tu: El yo del Yo-Tú se refiere al “tú”, la otra persona es interpelada directamente como persona. La actitud del Tu significa que el otro es digno de respeto y no es tratado como un medio para otros fines. El yo-tu es una forma de contacto

Teoría de campo: Es un método de exploración que describe el campo total del cual el evento actualmente forma parte, en vez de analizarlo en términos de categoría a la que pertenece por su “naturaleza” o de una secuencia causa-efecto, unilineal, histórica. En el campo no hay acciones a distancia, no hay causalidad, hay sincronía.

Top/under dog: polaridades